



**Ministério da Educação – MEC**

**Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES**

**Diretoria de Educação a Distância – DED**

**Universidade Aberta do Brasil – UAB**

**Programa Nacional de Formação em Administração Pública – PNAP**

**SAMIRA PARENTE**

**GESTÃO PARTICIPATIVA NA SAÚDE PÚBLICA: UM  
ESTUDO DE CASO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO  
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO BRANCO,  
ACRE**

**Rio Branco - AC**

**2016**

**SAMIRA PARENTE**

**GESTÃO PARTICIPATIVA NA SAÚDE PÚBLICA: UM  
ESTUDO DE CASO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO  
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO BRANCO,  
ACRE**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito parcial para  
obtenção do Grau de Bacharel em  
Administração Pública do Programa  
Nacional de Formação em Administração  
Pública – PNAP – da Universidade Aberta do  
Brasil – UAB, sob orientação da Prof<sup>a</sup>.  
Déborah Lúcia S. Botelho.

**Rio Branco – AC**

**2016**

**GESTÃO PARTICIPATIVA NA SAÚDE PÚBLICA: UM ESTUDO  
DE CASO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO CONSELHO  
MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO BRANCO – AC.**

**SAMIRA PARENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado na UNB – Universidade de  
Brasília como requisito básico para a  
conclusão do Curso de Administração  
Pública.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Déborah Lúcia Siqueira  
Botelho

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Prof<sup>a</sup> Déborah Lúcia Siqueira Botelho**  
UNB – Universidade de Brasília

---

**Prof.<sup>o</sup> Marywilson Ribeiro Dias de Araújo**  
UNB – Universidade de Brasília

---

**Prof.<sup>o</sup> Átila Rabelo**  
UNB – Universidade de Brasília

## DEDICATÓRIA

*Agradeço ao Senhor e Rei de nossas vidas, por mais essa conquista, porquê sei que permanece sempre conosco. E dedico a você Pai, meu sol, pois tenho certeza que do céu estais a comemorar, a me olhar com esses lindos olhos verdes de amor sobre mim. À você minha Mãe, exemplo de paciência e amor ao próximo, mulher forte que quero ser, meu apoio que sempre pude contar, com você que aprendi que olhar pra frente é possível e preciso e que tudo passa. À minha filha Letícia Parente, carne de minha carne, amor incondicional esse diploma é mais teu do que meu, TE AMO !!!*

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço a todos que estiveram presentes em minha trajetória acadêmica. Aos colegas, de curso, professores, coordenadora, a todos que contribuíram com suas experiências. E principalmente, meu companheiro de curso Eurico, agradeço de todo coração. Obrigada pela sua disposição e simplicidade, de me acolher em todos os momentos, me ajudando, me dando novas perspectivas, pelas conversas ao vento, pelos sorrisos e momentos eternos.

À minha irmã/mãe Carol Parente que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiou nos momentos de dificuldades, preocupando-se até com os problemas pessoais pelos quais passei durante esse período de construção do TCC. Obrigado por contribuir com tantos ensinamentos, tanto conhecimento, tantas palavras de força e ajuda. Espero um dia chegar ao seu nível e retribuir a tudo.

Ao meu cunhado Tiuh Luh, que todas as vezes que me encontrava no seu escritório dizia: “você aqui de novo”! Obrigada

Mila e Bruno agradeço a vocês também, irmãos queridos.

À minha amiga Mariana ‘Bru’ que mesmo sem perceber um dia me disse uma frase simples e que me fez encorajar: “Se tem alguém que consegue eu também vou conseguir”. Obrigada!

À minha amiga Michele, forte, que me ensina que a vida é aquilo que seus pensamentos atraí, seja sempre positiva... fora o que os signos dizem...

À professora e orientadora Déborah Lúcia S. Botelho por seu apoio e inspiração no amadurecimento dos meus conhecimentos e conceitos que me levaram a execução e conclusão desta monografia.

PARENTE, SAMIRA. **GESTÃO PARTICIPATIVA NA SAÚDE PÚBLICA: UM ESTUDO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO BRANCO, ACRE** 2016. 58 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Administração Pública – Universidade Aberta do Brasil – UAB, Rio Branco, 2016.

## RESUMO

O presente trabalho se propõe a tratar da caracterização do Conselho Municipal de Saúde, dos fundamentos dos seus processos institucionais específicos e apreciação de seu tipo determinado de participação social democrática via conselheiros representativos. Visa propiciar uma descrição da composição por segmentos e instituições inscritas no Conselho Municipal de Rio Branco, na última década. Se propõe ainda a analisar a representação nas reuniões periódicas realizadas pelo referido conselho, levando em consideração o lapso temporal relacionado aos últimos 3 (três) mandatos. Em suma, procura-se entrever o processo participativo no interior de uma instituição que apresenta como principal característica ser aberta à democracia. Como está fundamentada essa participação no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco? Quais as instituições que estão presentes nesse processo e como tem se dado essa participação ao longo do tempo? A análise bibliográfica abordou a importância do conceito de gestão participativa, considerando-a com uma tendência nos processos organizacionais hodiernos. Foi tratado dos modelos de gestão confinados ao processo de universalização do viés participativo em detrimento do modelo tradicional burocrático, considerado inviável nos atuais moldes de desenvolvimento social, político e tecnológico. Em virtude disso, outras instituições como os conselhos gestores ou conselhos de políticas públicas ganharam destaque, precisamente por conta da abertura à participação, o acesso às decisões importantes de determinadas organizações. Por conta desses novos contextos outros sujeitos foram incorporados nas esferas de direitos e de participação, representantes de diversos interesses passaram a compor o principal *locus* decisório relacionado às políticas públicas. A atualização desses processos relacionados, especificamente, ao Conselho Municipal de Saúde – CMS é o que se apresenta.

**Palavras-chaves:** Participação social. Gestão democrática. Conselho de políticas públicas.

## LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Profissionais em Saúde de Rio Branco, Acre .....	13
<b>Tabela 2</b> – Orçamento público na área da saúde em Rio Branco, Acre.....	16
<b>Tabela 3</b> – Modelo Básico de Tipos de Gestão.....	22
<b>Tabela 4</b> – Atual composição do CMS de Rio Branco (2014-2017).....	34
<b>Tabela 5</b> – Composição do CMS nos últimos quatro mandatos, Rio Branco, Acre,(2005-2015) .....	44
<b>Tabela 6</b> – Participação percentual em reuniões do CMS por ano, por entidade/ instituição eleitas (titulares), Rio Branco, Acre, 2008-2013 .....	46
<b>Gráfico 1</b> - Percentual Médio dos segmentos com a representatividade completa por ano, Rio Branco, Acre, 2008-2015.....	49
<b>Gráfico 2</b> - Percentual médio de reuniões por ano, onde foi garantido a paridade em relação ao segmento dos Usuários, Rio Branco, Acre, 2008-2015.....	50

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABAC - Associação dos Biólogos do Acre  
ABRAZ - Associação brasileira de Alzheimer  
ACDIC - Associação de Combate a Desnutrição Infantil do Calafate  
ADAC - Associação dos Diabéticos do Acre  
ADEVI - Associação de Deficientes Visuais  
APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais  
APASAMA-AD - Associação de Pacientes e Amigos da Saúde Mental do Acre –  
Álcool e Outras Drogas  
APHAC - Associação dos Portadores de Hepatite do Acre  
ASCONTAC - Associação de Conselheiros e ex - Conselheiros Tutelares do Estado  
do Acre  
ASSERMURB - Sindicato dos Servidores Municipais de Rio Branco  
CADES - Central de Articulação das Entidades da Saúde  
CAI - Comunidade Arco Iris  
CEDEA - Centro de Desenvolvimento de Cidadania do Estado do Acre  
CERNEGRO - Centro de Estudo e Referencia da Cultura Afro-brasileira no Acre  
CMS - Conselho Municipal de Saúde  
CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde  
CNS Conselho Nacional De Saúde  
COOPERSAUDE - Cooperativa dos Trabalhadores em Saúde de Rio Branco  
CREF7 - Conselho Regional de Educação Física - 7 Seção/AC  
DATASUS – Departamento de Informação do SUS  
DCE - Diretório Central dos Estudantes da Universidade Federal do Acre  
FMS - Fundo Municipal de Saúde  
GEAMA - Grupo de Aleitamento Materno  
HSJ - Hospital Santa Juliana  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
PDS - Partido Democrático Social RB  
PPI Pastoral Da Pessoa Idosa



REAJA - Rede Acreana de Jovens em Ação

SEMSA - Secretaria Municipal de Saúde

SESACRE - Secretaria de Estado de Saúde do Acre

SINDIFAC - Sindicato dos Farmacêuticos do Estado do Acre

SINDMED - Sindicato dos Médicos do Estado do Acre

SINODONTO - Sindicato dos Odontologistas do Acre

SINTESAC - Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado do Acre

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde

SPATE - Sindicato dos Profissionais Auxiliares e Técnicos de Enfermagem do Estado do Acre

SSERMURB - Sindicato dos Servidores Municipais de Rio Branco

STRRB - Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Rio Branco

SUS - Sistema Único de Saúde

UBM - União Brasileira de Mulheres do Acre

UFAC - Universidade Federal do Acre

UMARB - União Municipal das Associação de Moradores de Rio Branco

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
1.1 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA.....	12
1.2 OBJETIVO GERAL.....	13
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
1.4 JUSTIFICATIVA.....	13
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
2.1 DO CONCEITO DE GESTÃO À GESTÃO PARTICIPATIVA.....	17
2.2 MODELOS DE GESTÃO PARTICIPATIVA E NATUREZA DA PARTICIPAÇÃO.....	20
2.3 GESTÃO PARTICIPATIVA: DO UNIVERSO PRIVADO AO MUNDO PÚBLICO.....	21
2.3.1 O modelo tradicional burocrático.....	22
2.4 CONSELHOS GESTORES: A GESTÃO PARTICIPATIVA NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS SETORIAIS.....	23
2.5 GESTÃO PARTICIPATIVA: OS CONSELHEIROS COMO SUJEITOS DO PROCESSO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	26
<b>3. MÉTODO DE PESQUISA.....</b>	<b>31</b>
3.1 LOCAL DA PESQUISA.....	31
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO.....	31
3.3 TIPO E DESCRIÇÃO GERAL DA PESQUISA.....	32
3.4 FONTE DE PESQUISA.....	33
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>35</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO BRANCO – ACRE.....	35
4.1.1 O Regime Interno do Conselho Municipal de Saúde.....	40
4.2 COMPOSIÇÃO DO CMS COMPOSIÇÃO DO CMS NA ÚLTIMA DÉCADA (2005 – 2015).....	42
4.3 REPRESENTAÇÃO NAS REUNIÕES DO CMS.....	44
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>51</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>55</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A prática da participação democrática se apresenta como imperativo para o processo de gestão institucional na contemporaneidade. Os ganhos com esse tipo de prática transcendem os momentos de crise e, em muitas situações até conferem legitimidade para a continuidade da vida institucional através da concepção de políticas específicas, sejam públicas ou privadas.

No Brasil os processos que exigiam a participação democrática foram constantes a partir da década de 1980, convergindo para a construção da carta magna brasileira, no final da mesma década. A partir dessa construção o ideário pela participação alçou de presenças periódicas e avulsas para um tipo de participação regimental, garantida mediante normas legais. Mais ainda, uma participação qualificada em torno da construção de política públicas apropriadas, capazes de ofertar os devidos serviços de modo condizente às reais necessidades da população.

Na cidade de Rio Branco a criação do Conselho Municipal de Saúde reflete a consolidação desse momento. A possibilidade da construção de um futuro apropriado para todo o conjunto da população, além da necessária correção de políticas equivocadas e desempenhadas ao longo do tempo reflete a importância dos conselheiros como representantes sociais. Que outro momento similar permitirá história para que isso aconteça?

O presente trabalho se objetiva a tratar da caracterização do Conselho Municipal de Saúde, dos fundamentos dos seus processos institucionais específicos e apreciação de seu tipo determinado de participação social democrática via conselheiros representativos. Para tanto o trabalho está subdividido em quatro seções. A primeira se trata de introdução que situa a discussão através de introdução, formulação do problema da pesquisa e uma breve justificativa da pesquisa. Na segunda seção é desenvolvido o referencial teórico subdividido em cinco subseções: I) faz uma breve discussão acerca do conceito de gestão participativa; II) traz um cotejo entre o modelo de gestão participativa e o modelo tradicional burocrático; III) trata da gestão participativa enquanto um processo hegemônico oriundo da esfera privada para a esfera pública; IV) traz a discussão

dos conselhos gestores enquanto instituições que materializaram os valores da participação sócia e; por fim, o tratamento da gestão participativa sob a ótica dos conselheiros, representantes sociais encarregados de deliberarem em prol dos interesses das instituições representadas.

Na sequência é desenvolvida a exposição da metodologia da pesquisa, cuja análise está presente na seção que trata dos resultados e discussões. Entre os resultados da presente pesquisa é enaltecido o processo de participação de instituições da sociedade civil, atestada pela frequência das mesmas nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, entre outros resultados.

## 1.1 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Em nenhum outro momento da história a ideia de participação democrática foi tão tratada, discutida e apontada como solução para os processos sociais atuais. Não se trata meramente de incorporar cada vez mais pessoas para participarem de algo, mas de incorporar saberes, práticas e conhecimentos que podem, ao longo do tempo, propiciar ganhos institucionais, sobretudo, no que tange à formulação de políticas públicas.

O processo de gestão da coisa pública tem se apresentado cada vez mais delicado em virtude de casos cada vez mais absurdos de corrupção. Toda a estrutura de organização política do Estado Brasileiro parece estar corroída pelas mazelas dos desvios, do superfaturamento, do enriquecimento ilícito, entre outros. Em meio a todos esses processos abordar a gestão participativa na esfera de um conselho de política públicas soa “desumano”. Todavia, os serviços precisam ser ofertados, levados à população e planejados da melhor forma.

Diante do exposto, procura-se entrever o processo participativo no interior de uma instituição que apresenta como principal característica ser aberta à democracia. Como está fundamenta essa participação? Quais as instituições que estão presentes e como tem se dado essa participação ao longo do tempo? É o que se apresenta.

## 1.2 OBJETIVO GERAL

Caracterizar a participação social via representação nas reuniões decisórias do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco, Acre.

## 1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco;
- Descrever a composição por segmentos e instituições no CMS, na última década (2005-2015);
- Analisar a representação nas reuniões mensais do CMS nos últimos 3 (três) mandatos.

## 1.4 JUSTIFICATIVA

O Conselho Municipal de Saúde que será analisado, está situado na cidade de Rio Branco, capital do Estado do Acre. Segundo dados do IBGE no ano de 2015 a população do município de Rio Branco era de aproximadamente 370.550 habitantes, situados em uma área de 8.835,541km<sup>2</sup>, localizada na regional de saúde do Vale do Baixo Acre-Purus (IBGE, 2016).

Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil – DATASUS, Rio Branco conta com um total de 347 estabelecimentos de saúde, sendo que desses, 126 são públicos, 1 filantrópico e 220 particulares. Em relação ao conjunto de profissionais que atuam na cidade tem-se os seguintes dados:

Tabela 1. Profissionais de Saúde – Rio Branco, Acre

<b>Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas Dez/2009</b>					
<b>Categoria</b>	<b>Total</b>	<b>Atende ao SUS</b>	<b>Não atende ao SUS</b>	<b>Prof/1.000 hab</b>	<b>Prof SUS/1.000 hab</b>
Médicos	1.429	1.201	228	4,7	3,9
Anestesista	77	68	9	0,3	0,2
Cirurgião Geral	96	85	11	0,3	0,3
Clínico Geral	402	374	28	1,3	1,2

Gineco Obstetra	125	104	21	0,4	0,3
Médico de Família	35	35	-	0,1	0,1
Pediatra	184	152	32	0,6	0,5
Psiquiatra	13	11	2	0,0	0,0
Radiologista	32	20	12	0,1	0,1
Cirurgião dentista	225	134	91	0,7	0,4
Enfermeiro	372	366	6	1,2	1,2
Fisioterapeuta	132	76	56	0,4	0,2
Fonoaudiólogo	32	25	7	0,1	0,1
Nutricionista	32	23	9	0,1	0,1
Farmacêutico	88	70	18	0,3	0,2
Assistente social	30	30	-	0,1	0,1
Psicólogo	55	46	9	0,2	0,2
Auxiliar de Enfermagem	624	623	1	2,0	2,0
Técnico de Enfermagem	434	424	10	1,4	1,4

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

Esse quantitativo de profissionais e considerando a expressão populacional do município de Rio Branco expressa a importância dos conselheiros representantes que atuam no interior do Conselho Municipal de Saúde, no tocante as atribuições de formular, implementar e fiscalizar a política pública de saúde no município. Sobretudo pelo volume de investimentos realizados ao longo dos anos, conforme, quadro abaixo:

Tabela 2. Orçamento Público – Cidade de Branco, Acre

<b>Dados e Indicadores</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Despesa total com saúde por habitante (R\$)	123,04	153,62	177,17	171,56
Despesa com recursos próprios por habitante	90,92	109,66	128,56	124,27
Transferências SUS por habitante	41,76	52,57	59,22	62,85
% despesa com pessoal/despesa total	75,9	63,3	57,1	55,2
% despesa com investimentos/despesa total	1,6	3,1	6,8	5,2
% transferências SUS/despesa total com saúde	33,9	34,2	33,4	36,6
% de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)	15,0	15,0	15,5	15,0
% despesa com serv. terceiros - pessoa jurídica /despesa total	7,7	8,0	17,2	16,5
Despesa total com saúde	38.650.616,59	44.649.252,98	53.399.748,75	52.488.944,39
Despesa com recursos próprios	28.561.376,46	31.870.587,73	38.747.100,55	38.021.518,43
Receita de impostos e transferências constitucionais legais	189.909.221,14	212.333.039,94	249.652.065,37	254.163.202,11

Transferências SUS	13.116.827,05	15.279.053,52	17.849.236,60	19.228.477,84
Despesa com pessoal	29.331.939,95	28.238.973,45	30.474.829,59	28.951.735,19

Fonte: SIOPS. Situação da base de dados nacional em 24/05/2010.

O Conselho Municipal de Saúde da cidade de Rio Branco foi criado pela Lei Municipal nº. 964, de 8 de outubro de 1991. Ao longo do tempo esta lei sofreu três alterações. A primeira pela Lei nº. 1.318, de abril de 1999 que estabeleceu a composição paritária e desenvolveu o leque de competência do conselho. A segunda alteração ocorreu pelo Decreto nº 2.495, de janeiro de 2008, que ratificou a organização, atribuições ou competências e organizou o processo eleitoral necessário para o ingresso na estrutura do Conselho Municipal de Saúde. Por fim, ocorreu ainda uma terceira alteração efetivada pela Lei nº 2.024, de 13 de dezembro de 2013 que ratificou a importância do conselho, o processo de ingresso no interior da estrutura institucional, regulamentou a paridade na indicação dos representantes sociais e desenvolveu o quantitativo de competências sob sua responsabilidade.

Após essas alterações legais é imperativo explicar como está fundamentado o processo de participação no interior do referido Conselho Municipal de Saúde. Desde a sua criação até a sua estruturação atual, o quantitativo de conselheiros foi reduzido de 24 (vinte e quatro) para 16 (dezesesseis), o que não pode ser compreendido como algo depreciativo, tendo em vista que a proporcionalidade orientada pela paridade prevalece, conforme instituído pelos dispositivos legais supracitados.

Dessa forma, este trabalho contribui de forma teórica, por meio do contexto bibliográfico e, também de forma prática, através de pesquisa de campo sobre a temática da participação social no interior da esfera de participação conselhistas. A construção cognitiva que está sendo realizada com este trabalho pode ser tomada pela direção do referido conselho ao ponto de nortear algumas ações, visando a correção dos rumos da representação social e da construção de políticas públicas apropriadas aos serviços que devem ser ofertados.





## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção pretende-se abordar alguns referenciais teóricos relacionados à gestão participativa. Será abordado o contexto histórico que possibilitou seu surgimento tanto no âmbito global como nacional, explicitando o conceito de gestão e suas variações, inclusive sua gradação participativa.

### 2.1 DO CONCEITO DE GESTÃO À GESTÃO PARTICIPATIVA

O termo gestão (*management*, em inglês) é definido como o conjunto de “ações, métodos e processos de direção, organização, assimilação de recursos, controle, planejamento, ativação e animação de uma empresa ou unidade de trabalho” (PREDEBON; SOUSA, 2010, p. 3). Suas relações estão direcionadas em todos os processos específicos de determinada organização, o que acaba implicando em distinções na natureza da participação.

A literatura acerca do conceito de gestão atravessa diversas áreas do viver humano, remetendo às noções elementares da administração como essencial para o estabelecimento de processos organizacionais que prolonguem sua vida útil ao longo da história. No caso da gestão participativa, os processos sociais trazem consigo a necessidade premente de transformação constante por parte das instituições, inserindo todos os atores do mundo do trabalho para a sua construção e prática.

A referência ao mundo do trabalho não é equivocada, pois se trata de um espaço de diversas contradições onde a instrumentalização dos processos da gestão participativa implica em ganhos substantivos, capazes de suavizar os efeitos de crises recorrentes que acometem as sociedades capitalistas. Sua instrumentalização, todavia, “pode ser caracterizada como abrangente e aplicável a qualquer tipo de organização. A principal atenção que se deve ter é com relação à diferença de cultura entre organizações” (CAMPOS, 2000).

Para Predebon e Sousa (2010) o contexto histórico, que possibilitou a concepção de novos processos e modelos de administração e de gestão, se caracteriza por apresentar uma combinação que aglutina as crises econômicas, as

evoluções sociais, tecnológicas e culturais, impondo às instituições o desafio de administrar um ambiente transformado pelo descontentamento ou insatisfação organizacional. O que se configura nesse momento é a necessidade de mudança dos caminhos organizacionais, assim, para continuarem “vivas’ no mercado, num ambiente muito dinâmico e em crise, as empresas vão buscar soluções para trabalhar a mudança: mudar a empresa em sua forma de funcionamento, seus objetivos, sua cultura” (PREDEBON; SOUSA, 2010, p. 2).

Ao tratar da temática da gestão participativa, Campos (2000) analisa a mesma enquanto uma proposta de reorganização do trabalho no interior de um sistema de produção industrial, com possibilidade de aplicação em qualquer outro tipo de organização. A sua propositura da gestão participativa como um modelo a ser implementado no interior desse ramo de produção não desconhece o modelo antigo e os seus benefícios, todavia, coube a própria história tornar os modelos tradicionais fordista e taylorista ultrapassados e substituí-los por uma nova modalidade de gestão: a participativa.

O modelo de produção, anterior à Revolução Francesa, estava fundamentado em pequenos artesões que comercializavam livremente seus produtos, cuja rendas era revertida para o próprio sustento. Claro está que há, por parte desse artesão, o domínio de todo o processo de produção, algo que veio a ser destruído pela necessidade de maior produtividade impostas pelos modelos fordista e taylorista, através da fragmentação das atividades laborais (MAIA, 2013).

Com isso, a busca incessante pela produtividade que prevalece até dos dias atuais saiu do interior das fábricas e está conformada nas diversas atividades relacionadas ao trabalho. A complexidade dos produtos concebidos propiciou o surgimento do conceito de produção em células, oxigenando os velhos modelos de produção. É, precisamente, nesse contexto que se observa o esgotamento dos modelos fordista e taylorista de organização, baseada na relação entre complexidade do produto ou serviço e o grau de fragmentação das atividades. Essa compreensão

[...] trata-se de uma visão tecnocêntrica, que desconsidera o aspecto humano no sistema de produção. Conviver, nos tempos de hoje, diante da complexidade presente e crescente do mundo globalizado, com um modelo que mantém fortes traços de quando foi criado, no final do século XIX, é de imensa falta de criatividade e empreendedorismo (CAMPOS, 2000, p. 36).

Os sistemas de produção fordista e taylorista propiciaram uma separação revolucionária entre planejamento e ação, isto é, entre pensamento e execução das atividades laborais, polos intermediados pelas figuras dos gerentes, supervisores e coordenadores. Esses modelos de gestão produtiva foram caracterizados como tradicionais, alvo de crescente resistência do trabalhador, “uma vez que desta forma, se exige do ser humano um comportamento passivo e submisso, isento de motivação e carente por lideranças” (CICONELLO, apud ROCHA, 2014).

O modelo de gestão participativa, por sua vez, constrói um ambiente distinto, se comparado aos modelos de produção que o precederam no tempo. Nessa modalidade é possível observar

[...] as pessoas mais motivadas, comprometidas e com maior maturidade profissional, atingindo assim melhores resultados nas dimensões de produtividade, custo, qualidade, moral dos colaboradores e segurança no trabalho. Na gestão participativa proposta, o grupo de operadores é responsável por ‘todo’ um processo ou segmento de trabalho que oferece um produto ou serviço a um cliente interno ou externo. Em diferentes instâncias, os membros da equipe trabalham em conjunto para melhorar as suas operações, lidar com problemas do dia-a-dia, e planejar e controlar suas próprias atividades. Em outras palavras, eles são responsáveis não apenas pela execução do trabalho, mas também por gerenciar a si próprio (CAMPOS, 2000, p. 47).

Predebon e Sousa (2010, p. 2), mesmo concordando com o contexto histórico que permitiu o esgotamento dos modelos de produção fordista e taylorista, afere às empresas ações mais conscientes no tratamento com a importância dos seus colaboradores. Para que não parem dúvidas deve-se afirmar que a gestão participativa surgiu no cenário da administração com uma “das estratégias das empresas para envolverem seus colaboradores no processo de produção e assim obterem, por meio do processo de produção, vantagens competitivas”. Processos como as crises mundiais, o fenômeno da globalização, a internacionalização das atividades, abertura mercantil, competitividade, inovações tecnológicas, entre outros importantes processos, sobretudo, relacionados à organização do trabalho, têm sido atravessadas pela contribuição da gestão participativa, tendo esse novo modelo algo a contribuir nessas esferas.

## 2.2 MODELOS DE GESTÃO E NATUREZA DA PARTICIPAÇÃO

O surgimento do modelo de gestão participativa foi propiciado pelas constantes transformações relacionadas à gestão institucional. A abordagem dos modelos de gestão traz consigo o desenvolvimento de como tem ocorrido o processo de participação dos sujeitos envolvidos nos processos institucionais, denotando modelos diversificados no interior da organização.

Tabela 3. Modelo Básico de Tipos de Gestão

<b>Como/Quem</b>			
<b>Administra</b>	<b>ISOLADAMENTE</b>	<b>EM GRUPO</b>	<b>COLETIVAMENTE</b>
UM	Heterogestão Absoluta/Monárquica	Gestão Participativa Consultiva	Gestão Participativa/Representativa
POUCOS	Heterogestão Relativa/Oligárquica	Gestão Participativa Grupal	Gestão Cooperativa/Associativa
MUITOS	Gestão Anárquico- Individualista/Oclocrática	Co-Gestão	Autogestão Democrática/Solidária

Fonte: Faria (*apud* PREDEBON e SOUSA, 2010, p. 3). Adaptado pelo autor.

Para a administração pública são princípios Constitucionais a eficiência e a eficácia, que trazem como conceitos para eficácia será basicamente está relacionada com o atingimento dos objetivos desejados por determinada ação, não levando em consideração os meios e mecanismos utilizados para alcançá-los, já a eficiência vai além de alcançar os objetivos e sim explicitar como esses foram conseguidos e tem foco na relação custo/benefício. Com o passar do tempo foi-se aprimorando os conhecimentos e muitos autores da área de administração em especial a pública passa a incorporar um terceiro conceito, mais complexo que eficiência e eficácia chamado de efetividade (AVRITZER, 2011).

A efetividade prática pública, afere em que medida os resultados de uma ação trazem benefício à população, sendo mais abrangente do que os dois conceitos anteriores.

Castro, (2006) coloca que:

[...] efetividade: é o mais complexo dos três conceitos, em que a preocupação central é averiguar a real necessidade e oportunidade de determinadas ações estatais, deixando claro que setores são beneficiados e em detrimento de que outros atores sociais. Essa averiguação da necessidade e oportunidade deve ser a mais democrática, transparente e responsável possível, buscando sintonizar e sensibilizar a população para a implementação das políticas públicas. (CASTRO, 2006 apud TORRES, 2004, p. 5).

As várias formas de participação da sociedade nas políticas públicas após a democratização do Estado brasileiro, foram se disseminando em áreas como saúde, e as decisões passam a cada vez mais por esse tipo de gestão, neste contexto adota-se o conceito de efetividade que se preocupa em aferir em que medida os resultados de uma ação trazem benefício à população, ou seja, a preocupação com os efeitos e impactos das decisões tomadas nos espaços de gestão participativa.

### 2.3 GESTÃO PARTICIPATIVA: DO UNIVERSO PRIVADO AO MUNDO PÚBLICO

As abordagens realizadas até aqui evidenciam que o viés participativo surgiu como processo de inovação efetivado no interior de instituições relacionadas ao mundo do trabalho, caracteristicamente, relacionadas à esfera privada, *locus* de produção de mercadorias para a manutenção do mercado capitalista. O que se quer abordar, a partir de então, é precisamente a aplicação abrangente dos processos de participação também em esferas públicas. Tendo em vista, conforme já dito, que a gestão participativa “pode ser caracterizada como abrangente e aplicável a qualquer tipo de organização. A principal atenção que se deve ter é com relação à diferença de cultura entre organizações” (CAMPOS, 2000).

A princípio de discussão Cherrine, et al. (2014) caracteriza como paradigmas tradicionalistas determinadas formas de gestão identificadas com o modelo clássico de gestão hierárquica, levando as organizações a atuarem de modo previsível, monótonas e improdutivas. Consideram os autores que “em linhas gerais, as

organizações não estão acostumadas a descentralizarem o conhecimento e o poder no âmbito de suas estruturas internas de gestão” (CHERRINE, et al., 2014, p. 2).

Esse modelo clássico hierárquico é tratado como desconectado para utilizar um termo moderno do nosso desenvolvimento tecnológico – das tendências modernas de gestão e, não por acaso, a situação se torna mais complexa na medida em que nas instituições públicas prevalecem modelos de organização tradicional identificados com a burocracia. Essa caracterização é pertinente na medida em que nos movemos para uma discussão da gestão participativa no âmbito público, especificamente, indo até as estruturas de conselhos gestores.

### 2.3.1 O modelo tradicional burocrático

De forma sintética apresentaremos a discussão sobre o modelo tradicional burocrático baseado na análise feita por Cherrine et al. (2014) em *Gestão participativa nas organizações: uma via de transformação e aprendizagem*. O modelo de organização social denominado de burocracia tem com seu principal pensador o sociólogo alemão Max Weber, sendo considerado como um modelo que vigeu durante todo o século XX, e no século XXI persiste como um modo de resistência aos modelos modernos propostos ao longo do tempo.

Segundo Cardoso (2006 apud CHERRINE, et al., 2014, p. 2) o surgimento da “burocracia ocorreu baseado na evolução da sociedade a partir do esgotamento da forma tradicional de autoridade, na qual predominavam características patrimonialistas e clientelistas”. A proposta weberiana defendia a tomada de decisões baseadas em padrões universais, fundamentadas em critérios racionais e objetivos, oriundos de um conjunto de conhecimento especializados. “As decisões do modelo burocrático são tomadas com base em um conjunto de regras definidas segundo métodos racionais de avaliação e, portanto, invariáveis de pessoa para pessoa” (TRAGTENBERG; FERREIRA, 2003 apud CHERRINY, et al., 2014, p.3).

Entre as principais características do modelo de gestão burocrática temos o atrelamento das decisões à rigidez da direção organizacional, o formalismo no âmbito das relações, a impessoalidade, a hierarquia, a administração profissional,

separação entre propriedade e administração, padronização das normas e regulamentos, competência técnica e meritocracia (CHERRINY, et al., 2014).

A consideração do modelo de gestão burocrática é importante por se tratar do modelo vigente na maioria das estruturas institucionais públicas do Brasil. A bem da verdade há algumas instituições públicas que pelo tamanho de sua estrutura pode aventurar-se à abertura participativa, ocasionando profundas e rápidas mudanças no tocante à cultura organizacional. Se a atuação destas estruturas estiver direcionada para a regulamentação de políticas setoriais, deve-se apreender o processo participativo que tem orientado tais políticas.

## 2.4 CONSELHOS GESTORES: A GESTÃO PARTICIPATIVA NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS SETORIAIS

O período de abertura democrática brasileira, a partir da década de 1970 e que culminou com o estabelecimento da Constituição Federal de 1988, reforça a importância conquistada ao longo da história pela sociedade civil nos processos de participação democrática. A nova constituição engendrou transformações nos processos de gestão social, política e econômica, descentralizando-as ao nível micro da República Federativa, introduzindo a gestão participativa através dos conselhos de políticas sociais, ou tão somente, conselhos gestores.

Carvalho (2013) considera o Sistema Único de Saúde – SUS como resultado desse processo de mobilização social, visando superar o sistema vigente de então, considerado centralizador e burocrático. É creditado a importância do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, muito embora fosse apenas parte de um amplo movimento que buscava a democratização política do Brasil.

Andrade e Valtsman (2013) corroboram com o exposto acima quando afirmam que o setor saúde foi o pioneiro dos processos de gestão participativa, uma vez que o SUS, estabelecido pela Constituição de 1988 é tido como fruto da atuação do movimento de setores da sociedade civil pela reforma sanitária.

As especificidades do contexto histórico que possibilitou a gestão participativa via conselhos gestores apresenta uma diversidade de fatores que fortaleceram, paulatinamente, essa perspectiva. Carvalho (2013) faz referência à VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, a qual contou com a participação de

diversos representantes da sociedade, além de delegados de todas as regiões do país. Como resultado dessa conferência tivemos proposições importantes tais como: caracterização da saúde de todos os indivíduos como de interesse coletivo, sendo prioritário o seu tratamento pelas políticas sociais; a caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais; garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações de serviços e promoção.

Essas proposições foram incorporadas ao texto constitucional nos seus Art. 196, 197 e 198, que respectivamente, afirmam

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação [...] São de relevância pública ações e serviços de saúde [...] as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”. (CARVALHO, 2013, p. 6-7).

A partir desse momento outros dispositivos legais foram surgindo, atribuindo a legitimidade necessária aos incipientes processos de participação no seio das estruturas em processo de construção. A Lei nº 8.142/90 a qual dispunha sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências é um exemplo disso.

O surgimento dos conselhos de saúde se deu em virtude de estratégias no âmbito do SUS que incentivou o processo de descentralização e atrelou a criação de conselhos de saúde à esfera das secretarias municipais de saúde. Andrade e Valtsman (2013, p. 2) asseveram que os conselhos de política sociais “são formados por representantes da sociedade civil e dos setores público e privado, os conselhos têm a atribuição de discutir e acompanhar a gestão das políticas públicas em cada nível de governo”.

As estratégias do Sistema Único de Saúde visando a descentralização, sobretudo, através do aprofundamento dos processos de participação com a criação dos conselhos de saúde foi, posteriormente, incluído em outras esferas, processo denominado por Carvalho (2013) de “febre conselhistas”. Esta ‘febre’ levou outros setores a instituírem conselhos gestores no seu aparato institucional que, com as devidas distinções, apresenta a possibilidade de participação de representantes do governo, do setor privado, e da sociedade civil, de forma espontânea e não remunerada.



Ciconello (2009 apud ROCHA 2014) tem a mesma perspectiva acerca dos conselhos de políticas públicas, objetivados para operacionalizar os ideais participativos advindos da Constituição Federal, atuando como espaço de formulação, implementação e controle social das políticas setoriais. Um aspecto importante de sua dissertação diz respeito ao que seria um modelo ideal de Conselho de Política Pública:

- “Paritário (representantes governamentais e representantes da sociedade em igual número);
- Deliberativo (com atribuições de deliberar sobre a formulação, as prioridades e o orçamento da política);
- Com gestão compartilhada da política, permitindo o controle social por parte das organizações e movimento da sociedade civil (monitoramento e avaliação);
- Implantado nas três esferas da Federação (União, Estados e Municípios), formando uma estrutura de gestão federativa das políticas públicas;
- Com representantes da sociedade civil eleitos autonomamente em fórum próprio, não indicados por decisão unilateral dos governos”. (CICONELLO apud ROCHA, 2014, p. 38).

A apresentação desse tipo ideal acerca das características essenciais dos conselhos gestores está inscrito na materialidade que dispõe todo o funcionamento desses tipos de estruturas. Mas há ainda outras tantas considerações a serem feitas, entre as quais aquelas que dizem respeito à necessidade de superações das desigualdades diversas que atravessam esses modelos institucionais.

Carvalho (2013) erige o problema da desigualdade como constitutivo da crise de sociabilidade presente nas relações institucionais, daí afirmar que

“a desigualdade social provocada pela concentração de renda é a raiz do grande sofrimento vivido por bilhões de seres humanos espalhados por todo o planeta, não se restringindo às relações de propriedade, de produção, de trabalho, de comércio, de consumo, mas também afetando as relações de poder nas instâncias e nas formas de decisão institucionais, em outros espaços de distribuição e exercício do poder, nas relações pessoais, nas relações familiares e a própria relação dos humanos com o meio ambiente e com o sagrado”. (CARVALHO, 2013, p. 9).

O confronto das características essenciais da atuação de um conselho gestor com os processos atuais que refletem as desigualdades sociais, também inscritos nas instituições, possibilita a ampliação do entendimento acerca dessas estruturas participativas, a de se tornarem arenas de disputa. Esse entendimento está materializado na própria concepção da importância da participação no seio das estruturas de participação do SUS:

“É reconhecido por todos a relevância dos Conselhos de Saúde na descentralização das ações do SUS, no controle do cumprimento de seus princípios e na promoção da participação da população na sua gestão.

Em seu processo de consolidação no âmbito das políticas públicas, os Conselhos de Saúde, como instâncias colegiadas e deliberativas à estrutura do SUS, representam espaços participativos nos quais emerge uma nova cultura política, configurando-se como uma prática na qual se faz presente o diálogo, a contestação e a negociação a favor da democracia e da cidadania.

A dinâmica de funcionamento dos Conselhos de Saúde é estabelecida nas relações entre usuários, gestores, prestadores de serviço e trabalhadores de saúde, sendo, portanto, suas deliberações, em geral, resultado de negociações que contemplam a diferença de interesses de cada segmento e representações. Garantem, ainda, transparência de relação entre os distintos grupos que o constituem, no trato das questões de saúde sob sua avaliação, e que reforçam a necessidade de interatividade desses segmentos”. (BRASIL, 2006, p. 15).

O ideal de construção de uma nova cultura política se contrapõe aos modelos sociais vigentes em outras estruturas, talvez vedadas à participação. Essa ‘novidade’ ocorre pelo cotejo incessante no interior das estruturas dos conselhos de pensamentos e orientações diversas, que podem prejudicar a concepção de políticas sociais adequadas e de acordo com as necessidades sociais. Em suma, a necessidade do diálogo institucional produz uma demanda qualificada por um processo de educação permanente, que foi esboçado na composição de quatro componentes presente na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS: Gestão Participativa e o Controle Social no SUS, Monitoramento de avaliação da gestão no SUS, Ouvidoria do SUS e por fim, a Auditoria do SUS.

## 2.5 GESTÃO PARTICIPATIVA: OS CONSELHEIROS COMO SUJEITOS DO PROCESSO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Uma das grandes distinções dos processos da gestão participativa, sobretudo, aqueles relacionados aos conselhos gestores de política públicas, é a imposição constitucional de espaços institucionais de participação. A imposição não se dá pela incapacidade social de arcar com os produtos atinentes à participação social, mas às conquistas de movimentos sociais que impuseram uma agenda capaz

de materializar comportamentos mínimos para a defesa dos interesses dos usuários dos serviços de saúde.

Assim preconiza a Constituição Federal de 1988 e suas emendas específicas que deve haver a participação de trabalhadores, empregadores, comunidade, aposentado, sociedade civil e usuários dos serviços nos mais diversos setores das políticas públicas. A materialização da participação democrática pode ser considerada como a grande responsável pelos processos de descentralização da gestão em diversas áreas, assistência social, educação, saúde, etc. Esse processo está estruturado no repasse de recursos da esfera federal para as esferas estadual e municipal, condicionadas à existência de fóruns de participação para administrar e planejar a utilização desses recursos. Pode-se afirmar que os processos de materialização da participação imposta pela constituição erigiram novos sujeitos na formulação e execução das políticas públicas, tornando ainda mais importante a atuação dos conselhos de políticas públicas e congêneres.

É precisamente neste íterim que se situam os conselheiros que atuam nas esferas dos conselhos estaduais e municipais, representantes de diversos interesses que atravessam a sociedade como um todo, à procura de convergência que balizem a formulação das políticas públicas setoriais.

Para tratar com propriedade da atuação dos conselheiros no interior das estruturas de participação traz-se ao debate o tratamento dispensado por Shimizu, et al. (2013) no trabalho intitulado *Representação sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS*. Os autores trataram de analisar as perspectivas de alguns conselheiros no entorno do Distrito Federal, instrumentalizando um software (*Analyse Lexicale par Context d' un Ensemble de Segments de Texte – ALCESTE*) para análise dos dados obtidos a partir de entrevistas.

Shimizu et al. (2013) compreende a criação dos conselhos de política públicas como uma enorme conquista da sociedade, corroborando com autores já utilizados neste trabalho. Para os autores esses conselhos centralizam três pilares fundamentais: maior responsabilidade dos governos na formulação de política públicas com as necessidades da população; reconhecimento dos direitos sociais; por fim, a abertura de canais para a ampla participação da sociedade.

Assim como Ciconelo (apud ROCHA, 2014) os autores também desenvolvem algumas especificidades que norteiam (ou que deveriam) o *modus operandi* das

esferas de participação. É afirmado que os conselhos de saúde, por exemplo, carregam consigo a capacidade de alcançar a democracia de alta intensidade, na medida em que contemplam satisfatoriamente algumas dimensões, tais como: partilha de poder, a reciprocidade e o reconhecimento. Esse é um ponto que deve ser destacado. Para os autores a participação dos conselheiros é distinta, porém, se trata da manifestação de um tipo da democracia representativa, sendo esta, inerentemente, um tipo de democracia de baixa intensidade.

Assim, quando não bem observado, a atuação dos conselheiros nas esferas de participação pode se tornar vazia, caso ocorra a definição de modo restritivo do espaço público, deixando intactas muitas relações de poder que não se transforma em autoridade partilhada; assentando em ideais de igualdade formal e não real, não garantindo a realização das condições que a tornaram possível. Mais ainda,

“Há que se considerar, também, que a concretização de suas proposições depende, sobretudo, da forma como funcionam os núcleos de poder e da maneira que se realizam as interações entre os diversos segmentos representantes no conselho, ou seja, do governo, do prestador, do trabalhador e do usuário”. (SHIMIZU et al, 2014, p. 2276).

A representação social via conselheiros se trata de um tipo de organização significativa dos sujeitos envolvidos, seja individual ou coletivamente, envoltos em uma prática de mudança e de transformação. Assim, compreende-se que a possibilidade de participação fomenta não apenas o direcionamento dos recursos das áreas setoriais, mas também contribui para a formação das identidades nos indivíduos e grupos, situando-os no interior do campo social (SHIMIZU et al, 2014).

Na implementação das entrevistas da pesquisa os autores consideraram a existência de cinco classes distintas que permeiam a prática dos conselheiros no interior das esferas de participação: as limitações no poder de decisão, a precária organização da atenção à saúde, a burocratização das práticas cotidianas, as fragilidades da participação social e, por fim, as limitações na prática da representação. Todas estas classes estão evidenciadas nas esferas de participação institucional. A possibilidade de realização de trabalho com entrevistas com estes representantes expõe as benesses e as limitações desse tipo de atuação.

A consideração das classes é importante por apresentar nuances que estão presentes em todas as esferas de participação social. No tocante, por exemplo, as limitações no poder de decisão dos conselheiros têm-se a evidência da ocorrência de falhas nos processos de fiscalização dos serviços de saúde, muito por conta da

falta de tempo dos conselheiros para a realização de visitas. Um questionamento recorrente é saber se essa característica dos conselhos do entorno é exclusiva ou se pode ser observada em outras esferas participativas. De modo precipitado, porém não equivocado, trata-se de uma característica universal a todas estas esferas de participação institucional.

Na consideração da classe que trata da precária organização da atenção à saúde é exposto a necessidade de mais investimentos para o atendimento das demandas da população. São serviços de saúde que rotineiramente são alvos de investimentos, mas em virtude de diversos fatores ainda se apresentam como insatisfatórios. Trata-se da ausência de serviços em alguns tipos de doenças, a necessidade de deslocamentos para outras localidades, exigindo capacidade avultada de articulação com diversas instituições de diversas localidades, entre outros fatores. Consiste, portanto, em uma classe extremamente importante e por vezes, ingrata, por envidar esforços cada vez maiores para sua minoração, mas nunca para sua completa resolubilidade.

No trabalho de Shimizu et al. (2014), no tocante à burocratização das práticas cotidianas, foi evidenciado junto aos conselheiros que as esferas conselhistas se encontram formalmente organizadas para a racionalização das atividades cotidianas visando a garantia dos encontros entre os conselheiros. Nessa classe é observado um dado importante que afirma que as “tomadas de decisões acerca dos temas a serem debatidos no espaço do conselho são definidas majoritariamente pela secretaria de saúde” (p. 2280). Com isso, e em virtude do grande volume de atividades a serem resolvidos, o qual impõe um ritmo intenso de trabalho, ocorre a redução da possibilidade de discussão das questões relacionadas à formulação de políticas públicas e ações para os municípios.

Esse dado é importante por não se confinar, mas pelo contrário, se universalizar nas outras esferas conselhistas do país. O ritmo de trabalho, as demandas emergenciais, a necessidade de reinvenção e transformação nas modalidades ofertadas à população usuária dos serviços de saúde, entre outros fatores; tornam extremamente complexas quando se relacionam com a estrutura burocrática das práticas cotidianas dos conselhos. Em suma, de acordo com a linguagem do senso comum: não existe possibilidade de formulação de políticas públicas quando se trabalha apenas para apagar incêndios.

Uma outra classe tratada no trabalho de Shimizu et al (2014) diz respeito às fragilidades da participação social. Do exposto até aqui pode-se tomar as dificuldades práticas encontradas nas classes predecessoras e universalizar às outras esferas existentes no país. Considerando que o conjunto de normas e regulamentos que norteiam a implementação da política pública de saúde no país se encontra em pleno vigor é também sensato tomar algumas das implicações recorrentes nas esferas de participação.

As problemáticas expostas pelas outras práticas limitam as possibilidades de participação social no interior dos conselhos de saúde. Não no tocante a sua abertura para tal (uma vez que a abertura está registrada na legalidade da estrutura de participação), mas relacionada às dificuldades da prática cotidiana a que todos os conselhos estão submetidos.

Nesta classe a participação social é tida como indispensável na formulação, monitoramento e na avaliação das políticas públicas. Ocorre que a execução destas atividades possibilitadas pela participação requer o desenvolvimento de um conjunto de práticas que subsidiem satisfatoriamente os conselheiros e as organizações representadas nas esferas dos conselhos; algo tido como embrionário na maioria dos municípios. Mais ainda,

“O controle social entendido como o controle da sociedade civil sobre as ações do Estado se encontra ancorado na utopia igualitária idealizada dentro do processo da Reforma Sanitária, com o intuito de garantir a saúde como um direito do cidadão e a construção do fortalecimento do poder local por meio de uma gestão social democrática. Nessa perspectiva, o fortalecimento do exercício do controle social sobre o Estado permitiria a expansão da esfera pública, por meio da criação de canais de participação social”. (SHIMIZU et al, 2014, p. 2280).

Por fim, no tocante à classe que trata das limitações na prática da representação, ainda no interior da análise da representação social dos conselheiros, a partir do trabalho de Shimizu et al (2014), nota-se que grande parte da discussão em torno dessa classe gira em torno da composição dos conselhos por parte da sociedade civil. A interferência de governadores e prefeitos podem se tornar obstáculo para a prática da representação no interior dos conselhos, bem como a escolha das instituições a serem representadas com critérios obscuros ou escusos. A indicação recorrente pelos próprios conselheiros é tida como algo importante capaz de manter os ideais de participação democrática e controle social, corroborando para a prática constitucional advindas das responsabilidades das instituições participativas.

### **3 MÉTODO DE PESQUISA**

#### **3.1 LOCAL DA PESQUISA**

A pesquisa foi realizada na cidade de Rio Branco, capital do Estado do Acre. Dados de 2015 estimam que a população do município de Rio Branco é de aproximadamente 370.550 habitantes, com uma área de 8.835,541km<sup>2</sup>, estando localizada na regional de saúde do Vale do Baixo Acre-Purus (IBGE, 2016).

#### **3.2 CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO**

O Conselho Municipal de Saúde da cidade de Rio Branco foi criado pela Lei Municipal nº. 964, de 8 de outubro de 1991. Ao longo do tempo esta lei sofreu três alterações. A primeira pela Lei nº. 1.318, de abril de 1999 que estabeleceu a composição paritária e desenvolveu o leque de competência do conselho. A segunda alteração ocorreu pelo Decreto nº 2.495, de janeiro de 2008, que ratificou a organização, atribuições ou competências e organizou o processo eleitoral necessário para o ingresso na estrutura do Conselho Municipal de Saúde. Por fim, ocorreu ainda uma terceira alteração efetivada pela Lei nº 2.024, de 13 de dezembro de 2013 que ratificou a importância do conselho, o processo de ingresso no interior da estrutura institucional, regulamentou a paridade na indicação dos representantes sociais e desenvolveu o quantitativo de competências sob sua responsabilidade.

Atualmente, o conselho é composto por 16 membros efetivos e 16 suplentes. Sendo que, destes, oito são representantes do segmento dos usuários, quatro representantes do segmento dos trabalhadores em saúde e mais quatro representantes dos gestores e prestadores de serviços. A atual gestão está composta pelos representantes das seguintes instituições.

Tabela 4. Atual composição do CMS de Rio Branco (2014-2017).

Gestores/Prestadores de Serviço	Trabalhadores	Usuários
<ul style="list-style-type: none"> <li>Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA</li> <li>Universidade Federal do Acre – UFAC</li> <li>Secretaria de Estado de Saúde do Acre – SESACRE</li> <li>Hospital Santa Juliana – HSJ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sindicato dos Servidores Municipais de Rio Branco - ASSERMURB</li> <li>Sindicato dos Farmacêuticos do Estado do Acre - SINDIFAC</li> <li>Sindicato dos Profissionais Auxiliares e Técnicos de Enfermagem do Estado do Acre – SPATE</li> <li>Conselho Regional de Educação Física - 7 Seção/AC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Associação Brasileira De Alzheimer – ABRAZ</li> <li>Associação Dos Diabéticos Do Acre – ADAC</li> <li>Associação De Pais E Amigos Dos Excepcionais – APAE</li> <li>Associação De Pacientes E Amigos Da Saúde Mental Do Acre – Álcool E Outras Drogas – APASAMA – AD</li> <li>Associação De Conselheiros E Ex - Conselheiros Tutelares Do Estado Do Acre – ASCONTAC</li> <li>Central De Articulação Das Entidades Da Saúde – CADES</li> <li>Centro De Estudo E Referencia Da Cultura Afrobrasileira No Acre – CERNEGRO</li> <li>Comunidade Arco Ires – CAI</li> </ul>

Fonte: Arquivo CMS – Decretos de Nomeação da Gestão CMS

### 3.3 TIPO E DESCRIÇÃO GERAL DA PESQUISA

Esta é uma **pesquisa descritiva** com abordagem **quantitativa** utilizando como técnica a **análise documental**, tendo em vista que a técnica documental vale-se de documentos originais, que devem receber tratamento analítico por estudiosos de suas especificidades. Mais ainda, os documentos escritos são fontes de grande valor para todos os pesquisadores em especial para os das áreas das ciências sociais. A análise documental favorece à pesquisa pois facilita à assimilação do processo de evolução de indivíduos, grupos, entre outros (CELLARD, 2010).

Segundo Fonseca (2002, p. 20):

Diferentemente da pesquisa qualitativa, os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados. Como as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa. A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com



base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenómeno, as relações entre variáveis, etc. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente.

### 3.4 FONTE DE PESQUISA

A coleta do conjunto de informações acerca da temática proposta neste trabalho relacionado ao Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco foi possibilitada pelas reuniões dos seguintes instrumentos e fontes de informação:

- Atas das reuniões de 2008 a 2015;
- Decretos de posse das gestões 2005-2015;
- Legislações do setor;
- Regimento Interno do CMS.

Por se tratar de uma pesquisa realizada por meio de análise documental, os dados foram levantados por meio da pesquisa dos documentos cedidos pela Secretaria Executiva do CMS. Os dados foram analisados de forma descritiva, com o método de análise documental para avaliar a distribuição e caracterizar a amostra, utilizando através da análise estatística realizadas as frequências relativas, médias de frequência.

A análise documental deve extrair um reflexo objetivo da fonte original, permitir a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento, além da contextualização dos fatos em determinados momentos [...] A análise documental também pode ser conceituada como um conjunto de operações intelectuais, visando à descrição e representação dos documentos de uma forma unificada e sistemática para facilitar sua recuperação [...] recuperação da informação nele contida e possibilitar seu intercâmbio, difusão e uso (SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2011, p.223).

Os resultados foram apresentados sob a forma de tabelas e gráficos e com análise de conteúdo.

O método de análise documental tem como vantagens o baixo custo, e a estabilidade dos dados. As fontes são imutáveis, também por não causarem prejuízos aos sujeitos por não alterar seus ambientes.

Já as limitações que se destacam são colocadas por Souza, Kantorski, Luis (2011):

Quanto às limitações, destacam-se a falta da vivência do fenômeno para melhor representá-lo, a falta de objetividade e a validade questionável que consiste numa crítica da corrente positivista.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO BRANCO – ACRE

O Conselho Municipal de Saúde foi instituído pela Lei Municipal nº. 964, de 08 de outubro de 1991. O Art. 1º institui de modo permanente o conselho, visando deliberar sobre o Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito municipal. O Art. 2º estabelece as competências específicas do conselho que, em síntese, podem ser colocadas como: a definição das prioridades da saúde; estabelecimento de diretrizes para orientar a construção do Plano Municipal de Saúde; formulações estratégicas acerca do controle e da execução da política pública de saúde; proposição de critérios acerca das execuções financeiras oriundas do Fundo Municipal de Saúde; acompanhamento, avaliação e fiscalização dos serviços de saúde prestado no município de Rio Branco; definição de critérios de qualidade para funcionamento dos serviços de saúde; definição de critérios quanto ao estabelecimento de parcerias para a prestação de serviços de saúde; apreciação termos, contratos e convênios no tocante à prestação de serviços de saúde; estabelecimento de diretrizes acerca da localização e tipos de unidades de saúde; elaboração de regime interno e, por fim, as atribuições de cunho complementares que dizem respeito às práticas cotidianas dos conselhos de políticas públicas

O Art. 3º da Lei Municipal 964 de 8 de outubro de 1991 estipula acerca da estrutura e do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde. A Seção I dispõe acerca da composição disposta na oferta de 04 (quatro) cadeiras para o Governo Municipal, 02 (duas) vagas para prestadores de serviços públicos, 05 (cinco) vagas para trabalhadores do SUS, 01 (uma) vaga para o Centro de Recursos Humanos para a Saúde e, 12 (doze) vagas para os Usuários do Sistema Único de Saúde -SUS. Ao todo 24 (vinte e quatro) representantes de todo o conjunto social. De acordo com a lei, em seu Art. 4º, os componentes do conselho deverão ser nomeados pelo prefeito, sob a indicação da direção das respectivas instituições que compõem a esfera participativa, sejam elas de cunho governamental ou situadas na sociedade civil. Além disso a figura do secretário municipal de saúde é tida como membro nato, cabendo a presidência do conselho.

O Art. 5º regulamenta os seus membros no tocante à não remuneração da função de Conselheiro (em virtude da consideração do seu serviço como público relevante); da substituição de membros quando da ocorrência de 03 (três) faltas consecutivas ou 6 (seis) intercaladas no período de 01 (um) semestre e; a substituição de membros ocorrerá mediante solicitação da entidade representada, o que em tese, afere maior segurança para a atuação dos conselheiros.

O Art. 6º normatiza o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde em alguns aspectos. Estipula o Plenário do Conselho como órgão máximo de deliberação; organiza a ocorrência das reuniões, ordinariamente, a cada 30 (trinta) dias; e recomenda a presença de uma maioria absoluta para o andamento dos trabalhos.

Em 1999 a Lei nº. 1.318 de abril alterou o Art. 3º da Lei 964, de 08 de outubro de 1991. Essa lei estabeleceu o compromisso com a paridade, tendo em vista que anteriormente predominava a presença de representantes indicados por diversas instituições governamentais. Sua nova redação em seu Art. 2º define:

A composição será paritária de acordo com o que estabelece a Resolução nº 33/92 do Conselho Nacional de Saúde, sendo a representação total do Conselho distribuída da seguinte forma:  
50% dos usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços (público, privado) (RIO BRANCO, 1999).

No ano seguinte, através da Lei nº. 1.372 de novembro, outras mudanças foram implementadas visando coadunar as práticas da esfera conselhistas com as determinações das resoluções aprovadas em plenária própria, estabelecendo mecanismo específicos de escolha de membros, escolha da diretoria do conselho pelos membros e a caracterização da ocorrência das eleições.

Outro instituto legal que regulamenta o Conselho Municipal de Saúde – CMS é o Decreto nº 2.495, de 21 de janeiro de 2008 dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do conselho. Esse decreto ratificou as normas anteriores que dispunham acerca do CMS, mas trouxe também a redução do quantitativo de conselheiros de 24 (vinte e quatro) para 16 (dezesesseis), seguindo a mesma divisão proporcional paritária que dispunha que 50% das cadeiras do conselho devem ser preenchidas pelos representantes de entidades dos movimentos sociais e usuários do Sistema Único de Saúde – SUS. Esse decreto ratificou as comissões temáticas encarregadas pela promoção de estudos de compatibilização de políticas e programas de interesse para a saúde, quais sejam, a

Comissão de Alimentação e Nutrição; a Comissão de Saneamento e Meio Ambiente, a Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia, a Comissão de Recursos Humanos e, por fim, a Comissão de Saúde do Trabalhador.

Por fim, tem-se ainda um outro instituto legal que normatiza as ações do Conselho Municipal de Saúde – CMS, a Lei nº 2.024, de 13 de dezembro de 2013. Dois artigos dessa lei precisam ser destacados: Art. 5º e o § 1º, e § 2º do Art. 3º. No Art. 5º evidencia-se o desenvolvimento das competências do conselho ao se comparar com as estipuladas na Lei 964, de 08 de outubro de 1991, já citadas neste trabalho. A lei que criou o conselho estipulou 11 (onze) competências, enquanto na lei atual tem-se ao todo 27 (vinte e sete) atribuições a cargo do Conselho Municipal de Saúde, conforme referência descrita:

- I – Implementar a mobilização e articulação contínua da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o Sistema Único de Saúde, para o efetivo controle social na Saúde;
- II – Discutir e aprovar proposta de implementação das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde;
- III – Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde, encaminhando denúncias aos respectivos órgãos, quando constatar irregularidades, conforme legislação vigente;
- IV – Propor as convocações da Conferência Municipal de Saúde, estruturar Comissão Organização, apreciar e aprovar seus regimentos e programas;
- V – Estimular articulação e intercâmbio entre os conselhos de saúde entidades governamentais e comunidades científicas, não governamentais, privadas e movimentos sociais, visando à promoção da saúde;
- VI – Estabelecer ações de informações, educação popular e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho Municipal de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões;
- VII – Formular e/ou apoiar e promover a educação permanente para o controle social, voltadas à garantia de preservação dos princípios constitucionais e operacionais que fundamentam o Sistema Único de Saúde;
- VIII – Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias do Conselho Municipal de Saúde;
- IX – Promover acompanhamento permanente dos Conselhos de Saúde, podendo elaborar normas técnicas para a criação e funcionamento dos Conselhos Populares de Saúde, atendendo a legislação vigente;
- X – Dar conhecimento a cada respectivo Conselhos Populares de Saúde de todos os convênios e resoluções firmadas nas três esferas, assim como ações desenvolvidas e implementadas em saúde pela Rede Pública e Privada conveniada que se dirijam ao Município de Rio Branco;
- XI – Atuar na formulação e no controle da execução da Política de Saúde, incluindo todos os seus aspectos, fiscalizando a sua aplicação nos setores públicos e privados;
- XII – Definir diretrizes para elaboração de planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços.;
- XIII – Discutir e aprovar o Plano Municipal de Saúde e proceder a sua revisão periódica;
- XIV – Deliberar sobre os programas de saúde e aprovas projetos a serem encaminhados a Câmara Municipal, de acordo com critérios definidores de

- qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da saúde;
- XV – Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do Sistema Único de Saúde, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idoso, crianças, adolescentes e outros;
- XVI – Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes aos desenvolvimentos do Sistema Único de Saúde;
- XVII – Acompanhar as diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção, e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços Municipais, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio de equidade;
- XVIII – Avaliar e deliberar sobre contratos e convênio, promovidos com entidades públicas e privadas, constante ou não das diretrizes do Plano Municipal de Saúde;
- XIX – Propor critérios para programação, execução financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde – FMS e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos;
- XX – Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão da SEMSA, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento;
- XXI – Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo Municipal de Saúde, os transferidos e próprios do Município e da União;
- XXII – Acompanhar a distribuição e execução de recursos financeiros de origem Federal e Estadual para o Município de Rio Branco, destinados à saúde;
- XXIII – Analisar quadrimestralmente a prestação de contas do Fundo Municipal de Saúde, de acordo com parágrafo único do Art. 23 da Lei Complementar Federal nº 141 de 2012;
- XXIV – Criar Comissões Técnicas e Grupos de Trabalho para discussão de temas específicos e para apresentação de sugestões destinadas a subsidiar decisões pertinentes aos respectivos temas e/ou áreas, visando melhorar o funcionamento do CMS e do Sistema Único de Saúde;
- XXV – Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os recursos humanos do Sistema Único de Saúde em âmbito Municipal;
- XXVI – Elaborar e aprovar o Regimento Interno e outras normas de funcionamento e sugerir suas alterações;
- XXVII – Outras atribuições, definidas e asseguradas em atos complementares, baixadas pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Conselho Estadual de Saúde, que se referem à operacionalidade e à gestão do Sistema Único de Saúde – SUS (RIO BRANCO, 2013).

Uma breve discussão a respeito dos processos sociais e políticos que serviram como pano de fundo na construção do Conselho Municipal de Saúde. Segundo Klein (2010 apud ROCHA, 2014, p. 66) o Conselho Municipal de Saúde “foi criado em um período em que a administração municipal estava empenhada na criação das instâncias legais do sistema de saúde e não havia organização para a prestação de serviços”. Momento de profundas transformações por conta do processo de descentralização da política pública de saúde, uma vez que se tratava da criação de esferas conselhistas para o repasse de recursos financeiros.

Klein (2010 apud ROCHA 2014) e Rocha (2014) visualizam algumas especificidades do processo de implantação do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco. Para ambos o estabelecimento dos serviços municipais de saúde só foi possível a partir de 1992, um ano após a criação do referido conselho. O processo de descentralização de serviços para a esfera municipal é tido como fruto de empenho de um novo governo, muito embora no princípio de tudo, não tenha havido nenhum tipo de acordo com a esfera estadual para a transferência dos serviços. Como esse processo se resolveu?

Rocha (2014) afirma:

Neste contexto o Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco teve papel importante, levantou a possibilidade de envolver secretarias municipais de saúde de outros municípios, a imprensa, associações de classes, a população e o Ministério Público, isso para que as negociações com a esfera estadual fossem bem-sucedidas (ROCHA, 2014, p. 67).

A partir dessa exposição Rocha (2014) não dá sequência aos desdobramentos desses processos, nem mesmo de como ele foi equacionado e, sobretudo, as razões para a relutância da esfera estadual na transferência dos serviços para a esfera municipal. A partir dessa exposição a autora parte para a composição do conselho pelos seus 16 membros efetivos e 16 titulares.

Um breve resgate temporal pode responder alguns desses questionamentos que opunha no início da década de 1990 as esferas do poder municipal e estadual. No ano de 1992 a esfera estadual era dirigida pelo Partido Democrático Social – PDS, governando o Sr. Edmundo Pinto e, logo após sua morte, o Sr. Romildo Magalhães. Na esfera municipal, por sua vez, estava em curso o primeiro mandato do Partido dos Trabalhadores no Estado do Acre, através do Sr. Jorge Viana. O embate pela transferência dos serviços de saúde para a esfera municipal não era apenas uma questão técnica, resolutiva, ou para atender aos ditames necessários para a ocorrência de repasses financeiros. A especificidade tratada pelos escritos de Rocha (2014) e Klein (2010) só podem ser compreendidas no interior dos embates políticos que opunham as frações políticas umas às outras. Algo que apenas a articulação de uma miríade de sujeitos sociais foi capaz de resolver.

#### 4.1.1 O Regime Interno do Conselho Municipal de Saúde

Esta breve sessão não tem por intento esgotar, exaustivamente, as discussões em torno do Regimento Interno do Conselho de Saúde, mas explanar uma breve síntese de seus elementos principais que estão sendo tratados neste trabalho.

Nos seus primeiros artigos o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde coloca a base legal a que está assentada a criação e a execução das ações relacionadas ao conselho. Trata de sua finalidade de atuar na formulação e no controle da execução da Política Municipal de Saúde, mesmo nos aspectos econômicos e financeiros, visando também o controle social, conforme já exposto na seção anterior.

A partir do Art. 3º o regimento<sup>1</sup> trata da organização do referido conselho. Recomenda o quantitativo de 16 (dezesseis) membros titulares e seus respectivos suplentes (os quais mesmo em face do titular da representação sempre terão direito à voz, à participação, menos a voto, precisamente em virtude da presença do titular). Ratifica a necessidade da frequência dos conselheiros e como se dá o processo de justificativas de ausência e possíveis substituições quando atingido a cota máxima de ausências permitidas.

Ainda no tocante à constituição dos membros e suplentes do Conselho, a partir do Art. 64 é apresentado o processo eleitoral para a presidência do conselho. Para tanto é necessário a constituição de Comissão Eleitoral formada por conselheiros titulares, que não disputarão cargo algum para a composição da Mesa Diretora. O Parágrafo 2º, do Art. 67 afirma que “eleito o Presidente do CMS, será preservada a paridade para a eleição dos demais membros da Mesa Diretora”.

Quanto ao tempo de mandato, este será de 3 (três) anos para todos os membros da Mesa Diretora, inclusive para o Presidente do CMS. Interessante é que o Art. 65 quando aborda sobre as inscrições para eleição para Presidente do Conselho afirma que “a inscrição para eleição do Presidente e da Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde será feita mediante apresentação de candidatura individual, sendo facultado a qualquer conselheiro titular candidatar-se”. Esse aspecto retrata uma implicação salutar do processo de participação social no interior

---

<sup>1</sup> RIO BRANCO. Conselho Municipal de Saúde. **Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde**. 2013.



do conselho. Qualquer membro titular, mesmo de instituições da sociedade civil, pode chegar à Presidência do CMS.

O Art. 6º menciona a organização hierárquica disposta no conselho. I) Plenário; II) Secretaria Executiva; III) Mesa Diretora e, por fim, IV) Comissões Técnicas. É colocado no regimento a liberdade para a formação de Grupos de Trabalho com o intuito de fornecer subsídios para quaisquer das esferas administrativas do conselho, muito embora não estejam inscritas na ossatura organizacional oficial da instituição. Como já afirmado anteriormente o Plenário é a estrutura de deliberação máxima da instituição.

O Art. 9º faz menção das competências do Conselho Municipal de Saúde. Nesse ínterim encontra-se uma distinção se comparado ao último dispositivo que normatiza as ações do conselho. Enquanto a Lei nº 2.024, de 13 de dezembro de 2013 estipula 27 (vinte e sete) competências ou atribuições ao conselho, o Regimento Interno do mesmo lhe afere 41 (quarenta e uma) competências ou atribuições. A distinção desse quantitativo se dá em virtude de que o regimento interno pormenoriza todas as suas atribuições, buscando a previsão de suas ações e dos desdobramentos das mesmas.

Assim, por exemplo, enquanto a Lei nº 2.024, de 13 de dezembro de 2013 assevera “discutir e aprovar o Plano Municipal de Saúde e proceder a sua revisão periódica” (RIO BRANCO, 2013); o Regimento Interno, tomando ocasião dessas competências legais, estipula o seguinte:

- “VI - Proceder à revisão periódica dos planos de saúde;
- VII - deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo;
- VIII - O Conselho procederá à avaliação dos relatórios trimestrais e encaminhará ao gestor da pasta as recomendações que se façam necessárias”. (CMS-RB, 2013).

E assim se segue em outras tantas competências onde é necessário o detalhamento de suas responsabilidades visando a previsão e a ações necessárias em cada caso.

## 4.2 COMPOSIÇÃO DO CMS NA ULTIMA DÉCADA (2005 – 2015)

Tabela 5. Composição do CMS nos últimos quatro mandatos, , Rio Branco, Acre. 2005-2015.

<b>Mandatos</b>	<b>Gestores/Prestadores de Serviço</b>	<b>de Trabalhadores</b>	<b>Usuários</b>
<b><u>2005 – 2007</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SEMSA</li> <li>• SESACRE</li> <li>• COOPERSAUDE</li> <li>• UFAC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ABAC</li> <li>• SINTESAC</li> <li>• SPATE</li> <li>• SINODONTO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ACDIC</li> <li>• UMARB</li> <li>• REAJA</li> <li>• ASSERMURB</li> <li>• DCE/UFAC</li> <li>• APHAC</li> <li>• CEDEA</li> <li>• APAE</li> </ul>
<b><u>2008 – 2010</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SEMSA</li> <li>• SESACRE</li> <li>• HSJ</li> <li>• UFAC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SINDMED</li> <li>• SINTESAC</li> <li>• SPATE</li> <li>• SINODONTO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ACDIC</li> <li>• UBM</li> <li>• APHAC</li> <li>• SSERMURB</li> <li>• DCE/UFAC</li> <li>• CERNegro</li> <li>• STRRB</li> <li>• UMAMRB</li> </ul>
<b><u>2011 – 2013</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SEMSA</li> <li>• SESACRE</li> <li>• HSJ</li> <li>• UFAC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SINDMED</li> <li>• SINTESAC</li> <li>• SPATE</li> <li>• SINODONTO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ADEVI</li> <li>• UBM</li> <li>• PPI</li> <li>• GEAMA</li> <li>• ASCONTAC</li> <li>• CADES</li> <li>• CERNegro</li> <li>• CAI</li> </ul>
<b><u>2014 – 2017</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SEMSA</li> <li>• SESACRE</li> <li>• HSJ</li> <li>• UFAC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASSERMURB</li> <li>• SINDIFAC</li> <li>• SPATE</li> <li>• CREF7</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ABRAZ</li> <li>• ADAC</li> <li>• APAE</li> <li>• APASAMA-AD</li> <li>• ASCONTAC</li> <li>• CADES</li> <li>• CERNegro</li> <li>• CAI</li> </ul>

**Fonte:** Arquivo CMS – Decretos de Nomeação da Gestão CMS

Analisando a tabela acima e observando a Resolução Conselho Nacional de Saúde 453/2012 que trata “das diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde no Brasil”, no seu capítulo “A ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE, no parágrafo “V - Recomenda-se que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores

e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.”

É possível verificar que esta recomendação, apesar de não ser citada no regimento do CMS vem sendo respeitado pelo Conselho do município de Rio Branco, nos últimos dois mandatos, quanto aos segmentos dos Trabalhadores e dos Usuários, entretanto no segmento dos prestadores de serviço não há renovação nos últimos três mandatos permanecendo as mesmas instituições, como pode ser observado na tabela 5.

Outro ponto observado foi a representação de pessoas que estavam na gestão em cargos de direção ou de confiança do setor saúde, representando outro segmento (Usuários e/ou Trabalhadores), ferindo a recomendação da Res. 453 do CNS parag. IV, que pede que os representantes nos segmentos sejam autônomos em relação aos demais segmentos que compõem o Conselho. (CNS, 2012)

Quanto aos representantes, e à solicitação que estes sejam reconduzidos por uma única vez subsequente, já foi observado por SANTOS et al, (2011), que 35,3% dos conselheiros na cidade de Belo Horizonte tem de três a cinco mandatos. A “profissionalização” do conselheiro, é uma discussão muito presente, demonstrando que as experiências e longa permanência nessa atividade se torna um problema que deve ser evitado. Observou-se que em Rio Branco esse cuidado vem sendo tomado e mesmo as instituições que são reconduzidas estão fazendo a rotatividade do representante. (SANTOS et al, 2011)

## 4.3 REPRESENTAÇÃO NAS REUNIÕES DO CMS

Tabela 6. Participação percentual em reuniões do CMS por ano, por entidade/instituição eleitas (titulares), Rio Branco, Acre, 2008-2013.

Tipo de Representação	Participação percentual por ano (%)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Gestores</b>								
<b>SEMSA</b>	90	88,9	100,0	100,0	100,0	92,3	100,0	100,0
<b>UFAC</b>	80	44,4	60,0	64,3	83,3	61,5	75,0	50,0
<b>SESACRE</b>	70,0	44,4	0,0	14,3	16,7	30,8	62,5	75,0
<b>STA JULIANA</b>	100,0	66,7	60,0	78,6	66,7	30,8	75,0	62,5
<b>Trabalhadores da Saúde</b>								
<b>SINDMED</b>	80,0	77,8	20,0	28,6	50,0	92,3	-	-
<b>SINTESAC</b>	90,0	66,7	60,0	57,1	16,7	0	-	-
<b>SPATE</b>	80,0	100,0	100,0	71,4	100,0	76,9	75,0	87,5
<b>SINODONTO</b>	90,0	77,8	100,0	92,9	33,3	23,1	-	-
<b>CREF7</b>	-	-	-	-	-	-	75,0	100,0
<b>ASSERMURB</b>	-	-	-	-	-	-	50,0	75,0
<b>SINDFAC</b>	-	-	-	-	-	-	50,0	87,5
<b>Usuários do SUS</b>								
<b>ADEVI</b>	-	-	-	85,7	100,0	38,5	-	-
<b>STRRB</b>	80	55,6	80	-	-	-	-	-
<b>GEAMA</b>	-	-	-	92,9	66,7	61,5	-	-
<b>PAST IDOSO</b>	-	-	-	71,4	50,0	53,8	-	-
<b>UBM</b>	80	44,4	100	64,3	50,0	23,1	-	-
<b>ASCONTAC</b>	-	-	-	28,6	83,3	69,2	62,5	25
<b>CERNEGRO</b>	100	88,9	80	71,4	66,7	100	75	75
<b>ACDIC</b>	70	77,8	20	-	-	-	-	-
<b>ASSERMURB</b>	100	77,8	100	-	-	-	50,0	75,0
<b>APHAC</b>	70	0	0	-	-	-	-	-
<b>DCE/UFAC</b>	60	0	0	-	-	-	-	-
<b>CADES</b>	-	-	-	100	100	100	100	100
<b>UMAMRB</b>	70	0	0	-	-	-	-	-
<b>ABRAZ</b>	-	-	-	-	-	-	87,5	100
<b>CAI</b>	-	-	-	78,6	83,3	76,9	100	100
<b>APAE</b>	-	-	-	-	-	-	62,5	75
<b>ADAC</b>	-	-	-	-	-	-	62,5	25
<b>APASAMA</b>	-	-	-	-	-	-	37,5	0

Fonte: Arquivo CMS – Atas das reuniões CMS

Os últimos 10 anos de representação no Conselho podem ser divididos em três mandatos 2008-2010, 2011-2013 e 2014-2015. Na tabela 6, estão listados todas

as instituições e entidades eleitas como titulares representantes, com o percentual de participação nas reuniões do CMS por ano<sup>2</sup>.

Em destaque observa-se entidades que ora estão representando os trabalhadores ora os usuários, podendo refletir, como dito anteriormente, a recomendação da Res. 453 do CNS parag. IV, que pede que os representantes nos segmentos devem ser autônomos em relação aos demais segmentos e as instituições também deveriam ser independentes (ou se é representante dos trabalhadores ou dos usuários), para garantir a idoneidade das decisões do CMS. Carvalho (2007), coloca que não tem como uma entidade/instituição ter uma dupla categorização, pois elas devem ser mutuamente excludentes, cada um tem o assento a ele destinado. Todos somos usuários e seus legítimos representantes, todavia, existe uma exceção lógica que se fundamenta na ética.

Nessa discussão ainda pode ser encontrado o que COTTA *et al.* (2010) chama de sub-representação, onde as entidades que estão ocupando as cadeiras no conselhos não estão representando de fato o segmento para o qual foram eleitas, ficando difícil estabelecer a verdadeira função dos conselhos. Tal situação coloca em cheque a efetividade do controle social. Além disso, como sua composição não é paritária, não cumpre com o que a legislação estabelece, e acaba por favorecer um segmento em detrimento de outro. (JORGE, VENTURA, 2012)

Outro ponto levantado foi a respeito das entidades que são eleitas mas não participam efetivamente das reuniões. Observa-se que várias entidades estão com valores zerados (0), ou seja, não participaram de nenhuma reunião naquele ano para o qual foram eleitas como titulares. Estudos apontam que um dos grandes problemas da participação nos CMS é a representatividade, como SANTOS *et al.*, (2011) já apontava a falta de representatividade dos conselheiros, desarticulados das bases que representam, são desmotivados e ausentes das reuniões, omissos em cumprir o seu papel nos fóruns. Também tem a questão da informação, que aparece como outra possibilidade para explicar a baixa participação de algumas entidades principalmente do segmento dos usuários, uma vez que é difícil participar de fóruns onde o sujeito não se percebe como agente político.

---

<sup>2</sup> RIO BRANCO. Conselho Municipal de Saúde. **Atas das reuniões do CMS**, período de 2008 a 2015.

Segundo SANTOS et al. (2011, p.490),

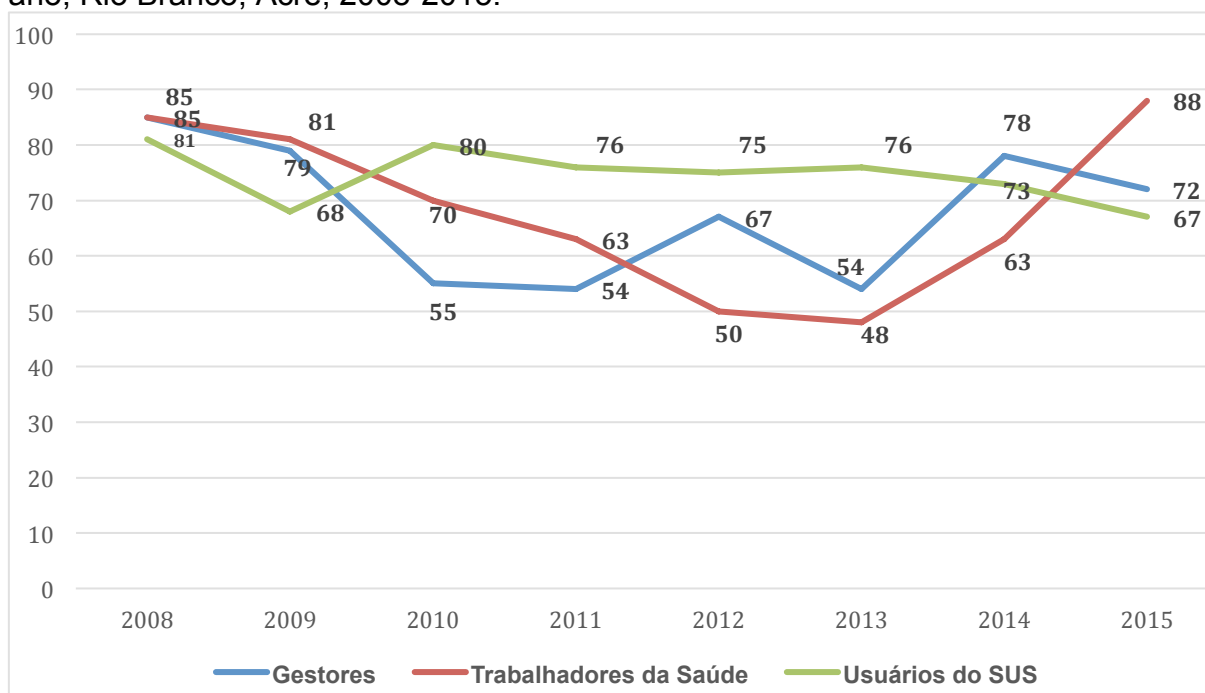
“No caso da saúde, as políticas acabam sendo criadas PARA e não COM os sujeitos, comprometendo todo o processo. Os conceitos são sempre carregados de noções técnicas, e há uma dificuldade muito grande na apropriação do conteúdo das políticas públicas”.

Não se deve ter a ilusão de que todos os conselhos funcionem bem e sejam compostos democraticamente com a paridade devida. No entanto, são as faltas, entre tantas outras dificuldades, que tanto atrapalham o desenvolvimento das atividades do Conselho. (COTTA *et al.*, 2010, CARVALHO 2007)

Percebe-se também que algumas entidades possuem um nível de participação abaixo de 50%. dentre elas a que mais se destaca é a Secretaria Estadual de Saúde do Acre – SESACRE, instituição essa que deveria ser parceira e caminhar junto com as propostas do município garantindo uma maior efetividade das ações de saúde. É importante destacar que, de acordo com a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, cabe ao Estado, em seu âmbito administrativo e representado pelas Secretarias Estaduais de Saúde, administrar os recursos orçamentários e financeiros destinados à saúde anualmente, além de participar na formulação de políticas e execução de ações de saneamento básico, na elaboração de normas para os serviços privados de saúde, promover articulação com os órgãos de fiscalização, propor acordos, convênios, entre outras atividades de grande relevância para a saúde pública.

A participação dos gestores, dos trabalhadores da saúde e dos usuários do sistema nas reuniões do Conselho também apresenta-se como ponto importante para medir a efetiva representatividade de cada segmento nas definições e acompanhamentos dos assuntos relacionados à saúde.

Gráfico 1. Percentual Médio dos segmentos com a representatividade completa por ano, Rio Branco, Acre, 2008-2015.



Fonte: Arquivo CMS – Atas das reuniões CMS

De acordo com o gráfico1, é possível perceber a participação dos 3 segmentos que compõe o conselho sofre oscilações ao longo dos anos, ficando em média entre 88% e 48%.

Com relação à participação dos trabalhadores da saúde, é possível constatar uma queda significativa da participação desse segmento nas reuniões do conselho entre os anos de 2011 e 2013, provavelmente resultado de um novo mandato do CMS. Na tabela 6 pode-se verificar com maior detalhe que em 2010 já havia uma instituição com baixa participação no segmento dos trabalhadores e essa mesma instituição foi reconduzida ao próximo mandato, desconstruindo a efetiva participação. Santos (2010), chama a atenção para a real visão da representatividade desses conselheiros, como ainda não se conhece a dimensão de interesses em determinada entidade que tem cadeira no conselho.

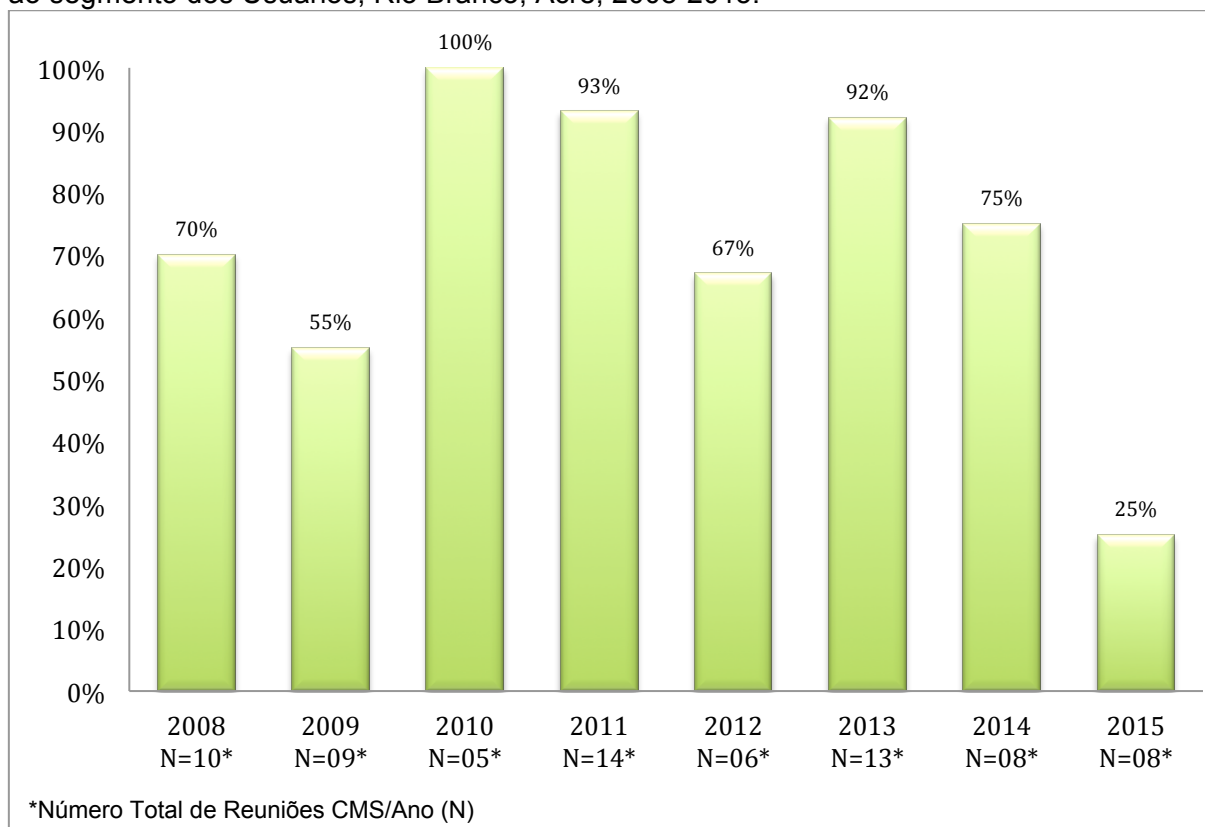
Nos últimos anos, 2014 e 2015, o índice de participação voltou a crescer, passando a ter, em 2015, o maior índice de participação entre todos os segmentos.

Já a participação dos gestores atingiu seu melhor índice no ano de 2014 e tiveram menor participação nos anos de 2011 e 2013, voltando a crescer nos anos seguintes. Já os usuários, são o segmento que apresenta o índice de participação

mais estável, apesar de ter diminuído consideravelmente sua participação nas reuniões do ano de 2008 para 2009 (caiu de 81% para 68%). No entanto, nos anos seguintes, a participação dos usuários apresentaram índices satisfatórios (acima de 70%), demonstrando o interesse desse seguimento em acompanhar efetivamente as decisões no setor da saúde durante o período. Apenas em 2015 esse índice de participação sofreu queda caindo para 67%.

A análise da dinâmica de funcionamento dos conselhos mostrou, ainda, que o grau de participação (número de intervenções e índice de presença) é correlacionado positivamente com o nível educacional dos conselheiros. Contudo, a variável que mais incide sobre o grau de participação é a vinculação dos conselheiros ao setor público e aos prestadores de serviços. (JORGE; VENTURA, 2012, p. 111)

Gráfico 2. Percentual médio de reuniões por ano, onde foi garantido a paridade em relação ao segmento dos Usuários, Rio Branco, Acre, 2008-2015.



Fonte: Arquivo CMS – Atas das reuniões CMS

O segmento dos usuários tem garantido pela Lei 8142/90 no artigo 1º, a paridade em relação aos demais segmentos (gestores, prestadores e trabalhadores), ou seja, 50% dos assentos do CMS estão destinados aos usuários. Mesmo tendo essa política a seu favor, o segmento dos usuários é o que mais tem evasão de entidades como demonstrado pela tabela 6. Ao calcular a paridade nas



reuniões CMS, observa-se que os anos de melhor participação dos usuários - onde o percentual de reuniões com a paridade efetiva são 2010, 2011 e 2013. Já quando se olha para os anos de 2009 (55%), 2014 (75%) e em 2015 com alarmantes 25%, faz necessário questionar que tipo de representatividade está sendo efetivada nas plenárias CMS.

O tema representação é considerado muito controverso e ainda se buscam mecanismos para garantir a participação paritária igualitária, bem como a idoneidade dos representantes usuários. (SANTOS *et al.* 2011, p. 489)

Um dos grandes problemas da participação democrática levantados é a representatividade, nota-se um distanciamento entre representantes e representados, fica claro que os representados exercem influência nas ações dos conselheiros, e o distanciamento desses de suas bases podem levar a desistência ou baixa representatividade por parte da entidade, muitos representantes que participam das plenárias vão sem consultar suas bases, falando em seu próprio nome e não em nome da entidade que representa, e muito menos disseminam as decisões tomadas nas reuniões com seus pares (JORGE; VENTURA, 2012).

No artigo 14º do Regimento Interno do CMS, coloca-se que o as plenárias dar-se-ão ordinariamente num total de doze vezes por ano, e extraordinariamente quando necessário haverá convocação. No gráfico 2 observamos o total de reuniões ocorridas em cada ano e nota-se que a maioria dos anos não se alcançou a meta regimentar e em alguns anos ficando bem abaixo como é o caso de 2010 onde ocorreram somente cinco reuniões plenárias. “O funcionamento dos conselhos de saúde é condição essencial e obrigatória ao funcionamento do SUS” (MIRANDA; SILVA; SOUZA, 2013, p. 141), vale inclusive ressaltar, que o município que não estiver com seu conselho funcionando ou atuando de forma irregular pode sofrer o bloqueio das verbas repassadas fundo a fundo do Governo Federal.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de trazer algumas colocações que visam contribuir com o debate exposto ao longo da pesquisa, o que significa, em suma, trazer algumas respostas sobre os objetivos elencados na metodologia do trabalho, pretende-se realizar uma breve síntese daquilo que foi tratado até aqui.

No referencial teórico foi tratado, inicialmente, acerca das definições conceituais do termo gestão participativa. O conceito de gestão foi definido enquanto um conjunto de ações, métodos e processos de direção, organização e assimilação de recursos, controle, planejamento, entre outros fatores que constituem o *modus operandi* das organizações sociais. A concepção do viés participativo foi possibilitada, precisamente, pelos conjuntos de processos que exigiram sempre maior capacidade de adaptação a diversos contextos por partes das instituições, estando presente em todos os âmbitos das relações humanas, sobretudo, na esfera do mundo do trabalho.

Foi afirmado que o modelo de gestão participativa é responsável pela construção de um ambiente propício para a manifestação das diversas formas de pensamentos e saberes, tornado importante a fala, a trajetória, a vivência de cada interlocutor. Daí que a gestão participativa ser diametralmente oposta ao modelo tradicional de gestão, isto é, o burocrático.

Os processos de gestão participativa, materializados nos respectivos modelos de gestão também adentraram na esfera sociopolítica e econômica, através da atuação dos conselhos de políticas públicas, ou mais precisamente, conselhos gestores. As manifestações políticas que visavam a defesa de direitos exalçaram os princípios democráticos da participação social para o seio da carta magna brasileira, a Constituição de 1988, e tornou a atuação através dos conselhos gestores determinantes para a universalização dos serviços de saúde a toda população.

Em relação à pesquisa propriamente procurou-se responder às indagações erigidas pelos objetivos específicos na metodologia do trabalho. Primeiramente foi realizada a caracterização do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco, fundando pela Lei Municipal nº 964, de 08 de outubro de 1991, alterados pela Lei nº 1.318, de abril de 1999 e pela Lei nº 2.024, de 13 de dezembro de 2013. O conjunto

dessas alterações legais ocorridas erigiram a atual estrutura organizativa do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco.

As alterações ocorridas através das leis supracitadas permitiram significativos avanços para a consecução do viés participativo no interior da esfera do conselho. Estabeleceu os princípios da paridade, dando voz para conselheiros titulares, suplente e até mesmo atores fora do circuito organizacional, mas inseridos no interior das temáticas tratadas; estruturou a ocorrência das eleições permitindo com que qualquer membro titular do conselho se torne presidente do conselho; além do desenvolvimento o conjunto de competências e atribuições de 16 (dezesesseis para 27), muito embora o Regime Interno da instituição extrapole esses quantitativos.

Um segundo objetivo posto no trabalho para ser analisado foi a necessidade de descrever a composição segmentada das instituições que compõe o Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco, admitindo o acompanhamento do lapso temporal que foi da última década. A análise destes dados permitiu originar uma imagem precisa do processo participativo no interior da instituição. No âmbito das instituições gestoras e/prestadoras dos serviços a Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria de Estado de Saúde do Acre tem apresentado presença constante dentro do lapso temporal assumido neste trabalho (2005-2015). No tocantes às instituições representativas dos trabalhadores o Sindicato dos Profissionais Auxiliares Técnico de Enfermagem e Enfermeiros do Estado do Acre – SPATE tem sido uma presença constante na composição do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco. No âmbito das instituições representativas dos usuários a rotatividade entre as instituições tem sido a lógica subjacente que predomina na esfera do conselho.

Por fim, quanto ao objetivo estipulado para analisar a representação social nas reuniões mensais do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco nos últimos 3 (três) mandatos. Nesta seção, conforme explanado, verificou-se que algumas instituições não estão atuando na defesa dos interesses de sua base social, não atuando, portanto, de modo autônomo. Instituições como a Universidade Federal do Acre – UFAC em 2009; A Secretaria de Estado de Saúde do Acre – SESACRE no período de 2009 a 2013 tem falhado de modo expressivo na obrigação de participação na esfera do conselho; Hospital Santa Juliana durante o ano de 2013 também expressou uma participação pífia no interior do conselho; O Sindicato dos Médicos – SINDMED no período de 2010 e 2011 também manifestaram baixa participação; O Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Acre – SINTESAC em

2012 registrou um percentual de participação de 16,7% e ausência geral desde então. Enfim, são indicadores que tornam os valores participativos vazios, na medida em que não se atende aos elementos básicos da gestão participativa.

Pode-se inferir desse processo a necessidade da realização de outros estudos que tragam elementos por parte destas instituições para justificar aparente desinteresse dos representantes no interior do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco, assim como estudos que demonstrem a qualidade das reuniões. Junto com outros autores deve-se concordar que esse contexto apresentado dificulta a existência de uma efetiva participação social. Diversas razões podem ser consideradas como: ceticismo nas deliberações via conselhos, desconhecimento acerca da natureza dos espaços criados para participação, falta de domínio das temáticas específicas visando uma exitosa participação; todos estes fatores levam a crítica da capacidade dos conselhos de participação popular de democratizar as ações do Estado Político, minando, indiretamente, as ações daqueles que visam construir políticas públicas adequadas à população.

Por fim, faz-se necessário outras pesquisas para confirmar ou negar através de observações e argumentos o que se depreende neste trabalho. Certamente que deve ser considerado o horizonte intelectual a que todo pesquisador está sujeito, o que no final das contas não tira os méritos da presente pesquisa, mas aponta para as suas limitações.



## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, G. R. B. de; VALTSMAN, J. **A participação da sociedade civil nos conselhos de saúde e de política sociais no município de Pirai, RJ.** Rev. Ciências & Saúde, v.18, 2059-2068, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000700021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700021)> Acesso em: 05 jun. 2016.

AVRITZER, L. **A Qualidade da Democracia e a questão da Efetividade da Participação:** Mapeando o debate. In: Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Org. PIRES, R. C. Brasília: Ipea, 2011. v. 7.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília /DF: Senado. 1988.

\_\_\_\_\_. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília – DF, 1990a

\_\_\_\_\_. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília – DF, 1990b

CASTRO, R. B. Eficácia, Eficiência e Efetividade na Administração Pública. 30º EnANPAD, Salvador. 2006.

CAMPOS, M. L. de. **A Gestão participativa como uma proposta de reorganização do trabalho em um sistema de produção industrial:** uma estratégia de ampliação da eficácia sob a ótica da ergonomia. Florianópolis, UFSC: 2000 (Dissertação de Mestrado, 106 fls). Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/78377>> Acesso em: 05 jun. 2016.

CARVALHO, R. A. M. de. **A Gestão Participativa nos Conselhos Gestores de Saúde da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste:** conhecer para fortalecer. São Paulo, FGV: 2014 (Trabalho de Conclusão de Curso, 21 fls). Disponível em: <[www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/6/tde.../livre\\_docencia\\_CMB.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/6/tde.../livre_docencia_CMB.pdf)> . Acesso em 06 jun. 2016.

CARVALHO, G.C.M.. **Participação da comunidade na saúde.** Passo Fundo: IFIBE; CEAP, 2007. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/img/File/PARTICIPACAOCOMUNIDADESAUDE.pdf>>. Acesso em 05 jul. 2016.

CELLARD, A.. A análise documental. In: POUPART Jean, et al. A pesquisa qualitativa; enfoques epistemológicos e metodológicos. Nasser. 2 ed..-Petropolis, RJ: Vozes, 2010.

CNES. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. DATASUS. M.S. Disponível em< <http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em 09 jul. 2016.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 453 de 10 de maio de 2012b. Brasília - DF, 2012. **Diário Oficial da União** (DOU) Brasília – DF, 06 de junho de 2012a. Pg. 138. Seção 1

CHERRINE, L; BAYLÃO, A. L. da S; SCHETTINO, E. M. O. **Gestão participativa nas organizações:** uma via de transformação e aprendizagem. Anais do XI Simpósio de Excelência em Gestão em Tecnologia. 2014. Disponível em: <[www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2002\\_tr15\\_0343.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2002_tr15_0343.pdf)> Acesso em: 06 junho 2016.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; MARTINS, P. C.. **Conselho Municipal de Saúde:** (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500018>>. Acesso em 13 jun. 2016.

CUNHA, P. F; MAGAJEWSKI, F. **Gestão Participativa e valorização dos trabalhadores:** avanços no âmbito do SUS. Rev. Saúde & Sociedade. v.21, supl.1, p. 71-79, 2012. Disponível em: < [www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/06.pdf)> Acesso em: 07 junho 2016.

DATASUS. Departamento de Informação do SUS. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br>> Acesso em 09 jul. 2016.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila. Disponível em: < <http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-2012-1/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2016.

JORGE, M. S; VENTURA, C. A. **Os Conselhos Municipais de Saúde e a gestão participativa.** Rev. Textos & Contextos. v.11 n.1.p.106-115. Jan./jul. Porto Alegre: 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/10.pdf>> Acesso em: 07 jun. 2016.

FRANCO, E. de C. **Gestão participativa:** a importância da gestão nas relações humanas que favorece a organização. Rev. Fiar: Revista do Núcleo de Pesquisa e Extensão. v.1, n.1, p.52-65, 2012. Disponível em: < [www.revistafiar.com.br/index.php/revistafiar/article/download/12/5](http://www.revistafiar.com.br/index.php/revistafiar/article/download/12/5)> Acesso em: 07 jun. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ac> Acesso em: 22 de mai. 2016.

MIRANDA, Shirle R. M. de; SILVA, Roseane S. B. da; SOUZA, Karla C. N. de. **Gestão social no contexto das políticas públicas de saúde:** uma reflexão crítica da prática no Sistema Único de Saúde. DRd – Desenvolvimento Regional em debate, ano 3, nº 2, p. 135-153, jul./dez. 2013. Disponível em: <[www.periodicos.unc.br/index.php/drd/article/download/492/371](http://www.periodicos.unc.br/index.php/drd/article/download/492/371)> Acesso em 20 jun. 2016.

PINTO, M. L. M; COSTA, M. B. da S. **Gestão Participativa:** a trajetória no Brasil. Rev. Pensamento Contemporâneo em Administração – RPCA. v.3, n.1, jan./abr. p.



36-46, 2009. Disponível em: < [www.redalyc.org/pdf/4417/441742835004.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/4417/441742835004.pdf)> Acesso em: 05 jun. 2016.

PREBEDON, E. A; SOUSA, P. D. B. de. **As organizações, o indivíduo e a gestão participativa.** Disponível em: <<http://www.unioeste.br/campi/cascavel/ccsa/IIseminario/trabalhos/As%20organiza%20E7%F5es%20o%20indiv%C3%A9duo%20e%20a%20gest%C3%A3o%20participativa.pdf>> Acesso em 20 mai. 2016.

RIO BRANCO. Prefeitura Municipal. Lei municipal no. 964 de 08 de outubro de 1991. Institui o Conselho Municipal de Saúde.

\_\_\_\_\_. Lei municipal no. 1.318 de 08 de Abril de 1999. Dá nova redação ao art. 3o da lei 964 de 08 de outubro de 1991.

\_\_\_\_\_. Lei municipal no. 1.372 de 10 de novembro de 2000. Dispõe sobre alteração do CMS.

\_\_\_\_\_. Lei municipal no. 2.024 de 13 de dezembro de 2013. Dispõe sobre do CMS.

RIO BRANCO. Prefeitura Municipal. Decreto municipal nº 202 de 28 de janeiro de 2005. Nomeia os membros do CMS para o exercício 2005-2007.

\_\_\_\_\_. Decreto municipal nº 2628 de 17 de março de 2008. Nomeia os membros do CMS para o exercício 2008-2010.

\_\_\_\_\_. Decreto municipal nº 2.363 de 08 de abril de 2011. Nomeia os membros do CMS para o exercício 2011-2014.

\_\_\_\_\_. Decreto municipal nº 510 de 22 de abril de 2014. Nomeia os membros do CMS para o exercício 2014-2017.

ROCHA, D. da S. **O Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco como espaço de participação social e promoção da saúde.** São Paulo, USP: 2014 (Tese de Doutorado, 203 fls). Disponível em: <[www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-11062014-163146/](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-11062014-163146/)>. Acesso em 25 mai. 2016.

SANTOS, S. F.; VARGAS, A. M. D.; LUCAS, S. D.. **Conselheiros usuários do conselho municipal de saúde de Belo Horizonte: características sociais e representatividade.** *Saude soc.* [online]. 2011, vol.20, n.2, pp.483-495. ISSN 0104-1290. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000200019>. Acesso em 02 jul. 2016.

SHIMIZU, H. E; PEREIRA, M. F; CARDOSO, A. J. C; BERMUDEZ, X. P. C. D. **Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS.** *Rev. Ciência & Saúde.* v.18 n.8. p. 2275-2284, 2013. Disponível em: < [www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/11.pdf)> Acesso em 25 mai. 2016.

SOUSA, F. R. de. **Educação Popular em Saúde e participação de prostitutas: contribuições para a gestão participativa do SUS.** *Rev. Interface Comunicação*

Sobre Educação. v.18. 1559-1568, 2014. Disponível em: <[www.scielo.org/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1559.pdf](http://www.scielo.org/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1559.pdf)> Acesso em 25 mai. 2016.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; LUIS, M. A.V.. **Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental**. Rev. Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011. Disponível em <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewArticle/5252>> Acesso em: 03 de jul. 2016.